



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

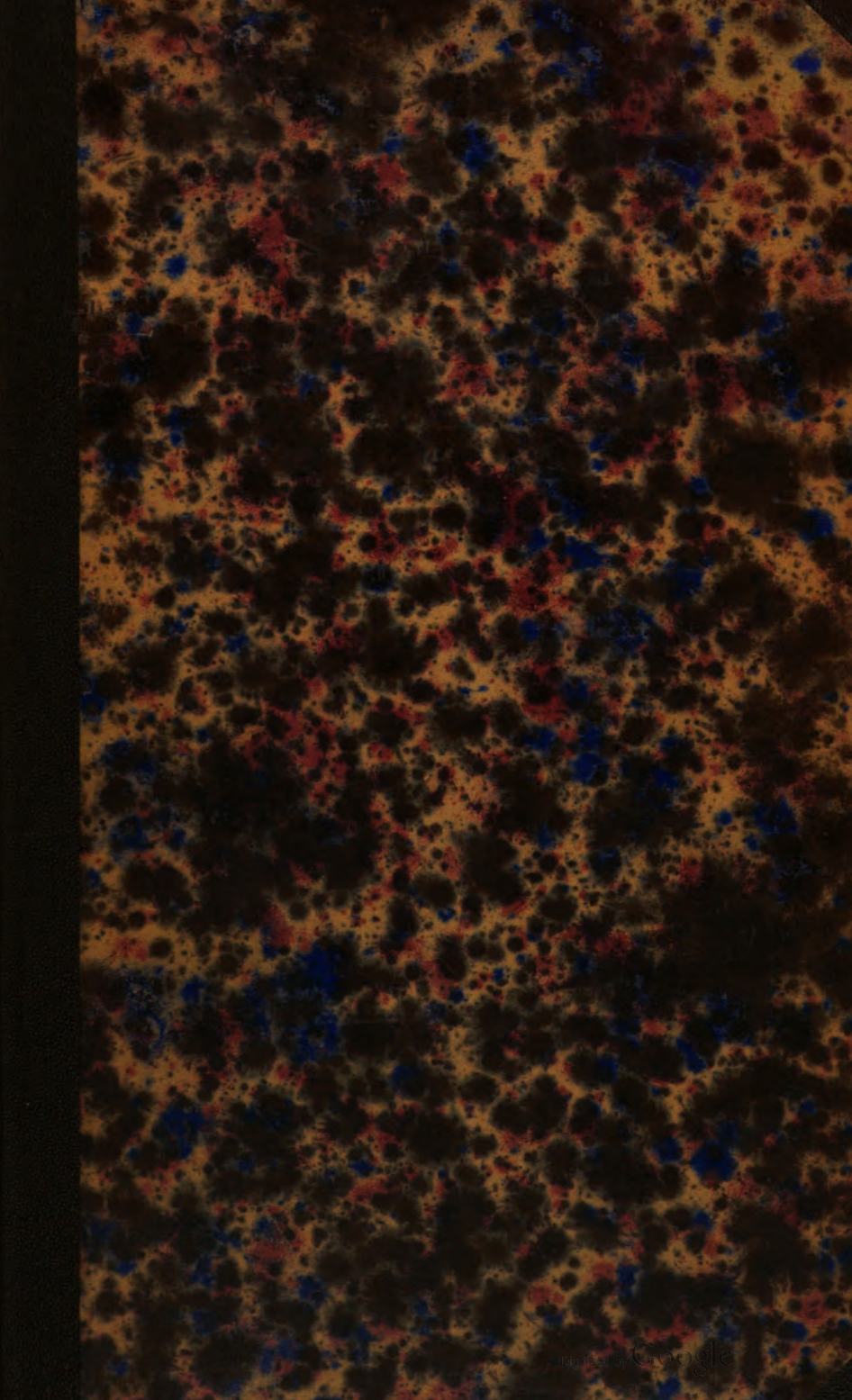
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



195.8

Library of the Museum
OF
COMPARATIVE ZOÖLOGY,

AT HARVARD COLLEGE, CAMBRIDGE, MASS.

Founded by private subscription, in 1861.

DR. L. DE KONINCK'S LIBRARY.

No. 162.

BULLETIN
DE
L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE
DE
BELGIQUE.

XIII.

1

BUREAU DE L'ACADÉMIE.

MM. VLEMINCKX, Président ;
FALLOT, Premier Vice-Président ;
VERHEYEN, Second Vice-Président ;
D. SAUVEUR, Secrétaire ;
MARINUS, Secrétaire-Adjoint.

BULLETIN
DE
L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE
DE
BELGIQUE.

ANNÉE 1852-1853.

TOME XIII.

BRUXELLES,
J. B. DE MORTIER, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,
RUE DE NAMUR, 50¹.

Sm
1853

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE

DE MÉDECINE.

ANNÉE 1853-1854. — N^o 1.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1853.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures.

— M. LE PRÉSIDENT : Messieurs, nous entrons dans la cinquième période triennale. Je déclare le Bureau installé pour cette cinquième période.

Il est donné lecture du procès-verbal de la dernière séance.

— M. DIDOT : J'ai une réclamation à faire à propos du procès-verbal.

Dans la dernière séance, M. Burggraeve vous a entretenus d'une opération d'anús artificiel par le procédé de l'entérotomie lombaire de M. Amussat, et il vous a dit que le premier en Belgique, il avait pratiqué cette opération dont il a fait ressortir les avantages. Je regrette de devoir accuser l'honorable M. Burggraeve de ne pas lire le Bulletin de l'Académie. En recourant à un des premiers volumes de ce recueil, on verra que j'ai eu l'honneur de soumettre à la Compagnie l'histoire d'une opération de l'anús artificiel par ce procédé. Ce fait a été rappelé, je crois, par l'honorable M. Lebeau et je le remercie de cette attention.

Cette opération n'avait jamais été pratiquée en Belgique. M. Amussat l'avait pratiquée onze fois, M. Baudeloque une fois, et moi j'ai pratiqué la treizième. On a parlé d'autres opérations; mais ce sont des faits postérieurs. Le droit de priorité en Belgique, s'il y a quelque mérite en cela, m'appartient donc en propre.

Je fais cette observation parce que plusieurs journaux politiques ont publié un procès-verbal de la séance, où il est dit que M. Burggraeve a pratiqué le premier cette opération dans notre pays, et où l'on ne fait aucune réclamation en ma faveur : *Cuique suum*.

L'honorable M. Burggraeve a encore commis d'autres erreurs. Car dans un livre qu'il a publié, il énonce un fait qui me prouve encore qu'il ne lit pas notre Bulletin. C'est à propos de la boutonnière...

— M. LE PRÉSIDENT : Ceci est étranger à ce qui s'est passé dans la dernière séance.

Quant à ce qui s'écrit dans les journaux, autres que le *Moniteur*, le Bureau y est complètement étranger. Le *Moniteur* se borne à reproduire le procès-verbal de nos séances et voici simplement ce que j'y lis :

« M. Burggraeve communique un cas d'opération d'anús artificiel, et présente à ce sujet quelques considérations pratiques. »

Or, ce fait est vrai ; la question de priorité n'est pas même mentionnée dans le *Moniteur*, et elle se trouvera parfaitement éclairée dans le Bulletin de la séance.

— M. MARINUS : Je ferai remarquer que M. Lebeau a fait, immédiatement après la communication de M. Burggraeve, une réclamation en faveur de M. Didot.

— M. SEUTIN : L'honorable M. Burggraeve a d'ailleurs lui-même déclaré qu'il ne prétendait plus à la priorité. Je lui ai demandé s'il persistait à dire qu'il avait le premier pratiqué l'opération de l'anús artificiel, et il a répondu que non.

L'honorable M. Lebeau a plaidé la cause de M. Didot. Je n'ai pas plaidé la mienne ; mais j'ai dû dire que j'avais moi-même pratiqué plusieurs fois l'opération de l'anús artificiel.

— M. LE PRÉSIDENT : Les paroles prononcées dans la dernière séance trouveront leur place dans le *Bulletin* ; par conséquent aucune rectification n'est nécessaire.

Le procès-verbal est approuvé.

I. — CORRESPONDANCE.

MM. les pharmaciens de Bruges transmettent à l'Académie une requête de leurs collègues des villes d'Ypres et de Poperinghe, relative à une des dispositions de l'avant-projet de loi sur l'art de guérir.

M. le docteur Van Berchem adresse des exemplaires d'une brochure ayant pour but d'appuyer la requête des médecins de campagne réunis à Gand, pour l'examen des questions que soulève la révision de la législation sur l'exercice de l'art de guérir.

— Ces deux pièces ont été envoyées à l'examen de la Commission de législation médicale.

M. le docteur Hannon exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant, et joint à l'appui de sa demande un exemplaire de ses écrits dont les titres seront mentionnés au bulletin de la séance.

M. le docteur Willems, de Hasselt, transmet des exemplaires de la nouvelle brochure qu'il vient de publier sur l'inoculation de la pleuropneumonie bovine.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles envoie un exemplaire du Mémoire de M. le docteur Bernard sur le forceps assemblé.

II. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

1. *Rapport sur un Mémoire intitulé : Essai de médecine étiologique, aphorismes* ; par le docteur JOSEPH FINESCHI, de Sienne. — M. FALLOT, rapporteur.

« En résumant dans leurs généralités les plus élevées les théories conçues dans le cours des siècles pour expliquer les phénomènes de la vie, on peut les ramener toutes à deux classes, que j'appelle celle du *comment* et celle du *pourquoi*. Sous la première viennent se ranger toutes les théories qui, partant de l'observation des faits particuliers, s'attachent à saisir et à établir les rapports de similitude, les liens de subordination (il vaudrait mieux peut-être de succession constante) qui les rapprochent et les rattachent à des faits plus généraux, et à déterminer les condi-

tions au milieu desquelles ces faits se produisent et s'accomplissent invariablement, en considérant provisoirement, et jusqu'à plus ample informé, les faits généraux auxquels les faits particuliers ressortissent comme causes de ceux-ci, et les conditions, dans l'absence desquelles on ne les voit pas se manifester, tandis que leur présence suffit pour les faire naître, comme les lois de leur existence. Les théories du *pourquoi* procèdent autrement : elles cherchent en dehors de l'observation et de l'expérience l'explication des phénomènes qu'elles étudient : ne rencontrant pas dans le concret qu'elles ont sous les yeux une satisfaction suffisante à leurs exigences, elles s'élancent dans les abstractions, imaginent un ou plusieurs agents inaccessibles aux sens, auxquels elles accordent un rôle plus ou moins étendu, dont elles multiplient le nombre à l'infini, et mettant ces conceptions fantastiques à la place de la réalité, elles se vantent d'avoir pénétré la nature intime de la vie, d'en connaître la cause première ou finale, et regardent en pitié toutes celles qui ne se mettent pas tout d'abord à la même hauteur. »

Ces lignes, Messieurs, que j'écrivais il y a vingt-cinq ans, sont encore aussi vraies qu'elles l'étaient alors. A l'encontre des tendances actuelles de la médecine vers le positivisme, surgissent encore autour de nous des théories absolues, conceptions plus ou moins ingénieuses, basées sur l'admission d'une entité, invisible, impondérable, intangible, inaccessible par conséquent à l'observation et à l'expérimentation, et qu'on représente cependant comme inséparables des substances qu'elles animent, hypothèse évidemment gratuite, ne trouvant d'appui ni dans l'analyse des faits auxquels on l'applique, ni dans l'étude de ceux dont on la déduit. Qu'on appelle cette prétendue entité *âme*, *archée*, *principe vital*, *force vitale*, ou qu'on la qualifie d'*éther*, de *fluide éthéré*, *magnétique*, *électrique*, *électro-biotique*, etc., qu'on confie la direction ou l'action principale de l'organisme à une force spirituelle ou à un agent matériel, etc., cela ne change pas la nature de la doctrine. Elle repose toujours nécessairement et fondamentalement sur l'intervention d'un être occulte, dont l'existence n'est pas plus susceptible d'être démontrée que renversée et sur lequel on peut discuter indéfiniment sans faire avancer la question d'un pas.

Le travail de M. le docteur Joseph Fineschi, de Sienne, intitulé *Essai de médecine étiologique*, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte, appartient à cette école. Trompé par

le titre, je croyais avoir affaire à une étude des maladies dans leurs rapports avec leurs causes, seule voie, à mon avis, de parvenir à une pathogénie rationnelle et fructueuse, mais mon erreur ne fut pas longue. Dès la lecture de la première proposition du travail qui en comprend quarante, dont quatorze appartiennent à la physiologie, quatorze à la pathologie et le reste à la thérapeutique, je fus complètement désabusé. L'auteur se place tout d'abord carrément au milieu de son terrain, et déclare catégoriquement qu'il y a dans le corps animal vivant un fluide subtil, qu'on nomme *fluide vital*, *fluide nerveux*, *éther* ou *fluide électrique naturel* ; et qu'il est le centre des rapports extérieurs et intérieurs dudit corps animal (§ 1). Il fixe ensuite le siège de ce fluide et en détermine sommairement et généralement les fonctions. Aussi longtemps que ce fluide se trouve dans un juste équilibre, l'harmonie des actes de la vie, ce qu'on appelle l'état naturel ou l'état de santé du corps est maintenu (§ 7). Par la seule rupture de son équilibre sous l'action des causes morbifiques, le corps sain tombe dans l'état de maladie. L'hygiène a pour but le maintien de cet équilibre, la thérapeutique son rétablissement.

Voilà réduit à ses termes les plus simples, résumé dans ses points fondamentaux et essentiels le travail de notre honorable confrère de la péninsule. Rédigé sous forme aphoristique il se prête mal, vous le comprenez, à l'analyse. L'auteur affirme que le fluide vital a son siège primitif dans les ganglions du système nerveux de la vie organique (§ 2), d'où il préside à la nutrition des organes (§ 3) ; il affirme qu'en diminuant de *densité*, il se *dépure* et pénètre dans une matière plus complexe pour exécuter les fonctions du mouvement et du sentiment (§ 4), qu'il sert d'intermédiaire entre le monde matériel et l'âme (§ 5) ; il avance beaucoup d'autres propositions aussi hasardées, mais il n'administre à leur appui aucune preuve, ni inductive ni déductive.

Tout se réduit jusque-là à des allégations, qui, par leur nature, ne sont susceptibles d'aucune vérification positive, ni, par là même, d'aucune application pratique. Avant d'assigner un siège à son fluide nerveux, d'y attribuer un rôle dans l'économie, l'auteur aurait dû, à mon sens, s'attacher à en prouver l'existence, l'isoler de tout ce qui pouvait être confondu avec lui et constater ainsi son individualité. Il est possible qu'il y ait un fluide pareil, doué des attributs que l'auteur y assigne ; il est possible qu'il se comporte, comme il le dit, tant dans l'état de

santé que dans celui de maladie, mais pour le faire accepter par des hommes qui dans l'étude de la vie, comme dans celle des autres sciences appliquées, veulent du positif, il faut autre chose que des affirmations, quelque absolues et catégoriques qu'elles soient.

J'ignore si jamais on parviendra à pénétrer l'essence de la vie : je remarque seulement que jusqu'ici on ne connaît celle de quoi que ce soit ; mais ce qui m'est démontré, c'est que ce n'est pas en partant de notions abstraites, conçues *à priori*, et ne pouvant, comme je pense l'avoir déjà dit plus haut, être ni prouvées ni renversées, qu'on fera faire des progrès à la biologie. La seule voie qui y conduit à des découvertes utiles c'est celle qui nous est tracée par les physiiciens et les chimistes. Sans se perdre en vaines spéculations sur la cause intime de l'attraction et de l'affinité, ils se préoccupent sérieusement des conditions au milieu desquelles ces propriétés des corps entrent en jeu, de celles qui en favorisent, en troublent ou en anéantissent l'action, et des moyens de les faire naître. Faisons comme eux. Laissons là la recherche de la cause des phénomènes vitaux et surtout n'en supposons pas arbitrairement. Rappelons-nous que la création de cette innombrable quantité d'agents occultes, imaginés et prônés comme tels, n'a pas fait faire un pas à la science, que loin d'en simplifier l'étude elle n'a fait que la compliquer en ajoutant au problème un terme inconnu de plus. Abandonnons franchement le terrain des spéculations pour nous établir sur celui des faits, et dans l'étude de ceux-ci, tâchons de saisir leur liaison avec les conditions de leur établissement, conditions dont la complexité sera toujours une source intarissable de variations en nombre illimité, mais se simplifiera cependant à mesure que, par une analyse exacte, on parviendra à les reconnaître dans leurs détails les plus irréductibles en d'autres conditions. Il me serait facile de fournir des exemples des avantages que la chimie organique, si étroitement liée à la biologie, recueille chaque jour de cette manière de procéder.

En présentant ces considérations critiques sur l'esprit dans lequel le travail que j'examine est connu, j'obéis à mes convictions, sans avoir, bien entendu, la folle prétention de vouloir les imposer à personne. Si je me suis contenté de l'apprécier dans son ensemble et sous le point de vue seulement de sa tendance, c'est que, malgré tout ce que j'ai mis d'attention dans sa lecture, malgré tout ce que j'ai fait d'efforts de pénétration pour saisir

le sens et l'enchaînement des propositions dont il se compose, je n'ai pas toujours pu y réussir. Je reconnais de bien grand cœur que cette impuissance de mon esprit ne peut porter aucune atteinte à la valeur réelle du travail, mais j'ai cru de mon devoir de vous en faire l'aveu, pour légitimer mon abstention de tout jugement définitif et les conclusions que j'ai l'honneur de vous soumettre, savoir, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans vos archives.

— Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

2. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner les deux mémoires de M. le docteur DECAISNE, l'un sur les dents œillères, l'autre sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts. — M. HAIRION, rapporteur (1).

Messieurs,

La communication de M. le docteur Decaisne dont j'ai à vous rendre compte comprend deux mémoires, dont l'un a pour titre : *Sur les dents œillères*, et l'autre : *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines, accompagnées de rétraction des doigts*.

Le but du premier de ces travaux est de faire ressortir les rapports pathologiques des dents canines et des petites molaires supérieures avec l'appareil visuel.

Les maladies du système dentaire peuvent réagir sur l'appareil de la vision de deux manières, par continuité de tissu et par l'intermédiaire du système nerveux ; les maladies qui en résultent pour l'œil sont matérielles dans le premier cas, dynamiques dans le second.

A. Les lésions de l'appareil dentaire qui se développent à la suite de l'extraction des dents et qui s'étendent, successivement et par voie de continuité, de l'alvéole au périoste, au tissu cellulaire de l'orbite, à l'œil lui-même, n'ont rien qui doive étonner, et nous ne croyons pas, quant à nous, qu'aucun praticien ait pu mettre en doute, ainsi que semble l'insinuer M. Decaisne, la possibilité de semblables complications. En effet, lorsqu'on se représente d'un côté le voisinage de l'alvéole, de l'autre, les

(1) Voir *Bulletin*, tome XI, page 663.

ravages qu'entraîne souvent l'extraction d'une dent, telles que la déchirure de la muqueuse buccale, des gencives et du périoste, les fractures du bord alvéolaire, on ne doit s'étonner que d'une chose, c'est de ne pas voir plus souvent des accidents survenir du côté de l'orbite. Cependant, les faits de ce genre qui ont été publiés ne sont pas très-communs, ce qu'on doit attribuer peut-être moins à leur rareté, qu'au peu d'intérêt que ces faits offrent en général.

B. Au contraire, les lésions dynamiques, les troubles fonctionnels de l'organe de la vue qui surviennent parfois à l'occasion de quelque affection de l'appareil dentaire, présentent le plus vif intérêt et soulèvent des questions de la plus haute importance sous les rapports physiologiques et pathologiques.

Un de nos compatriotes, M. le professeur Terlinck (1) envisageant la question sous ce double aspect a réuni dans un remarquable travail adressé à la Société de médecine de Gand, en 1848, les faits que la science possède sur ce sujet. Il a ajouté à ces faits quelques observations pleines d'intérêt qu'il a recueillies dans sa pratique particulière et dans la clinique de M. le professeur Van Roosbroeck. Depuis lors, les annales de la science n'ont plus rien enregistré qui mérite de fixer l'attention. Peut-être cependant devrions-nous signaler ici un mémoire de M. Snabillié (2), inspecteur général du service de santé de l'armée hollandaise, relatif à diverses lésions oculaires développées à la suite de la division du nerf frontal, mémoire qui a été publié dans le même temps que le travail de M. Terlinck et qui me paraît susceptible de fournir des données physiologiques et pathologiques nouvelles, applicables, dans certains cas, aux lésions du système dentaire et à leur influence sur l'organe de la vue.

Le travail de M. le docteur Decaisne renferme cinq observations; quatre sont relatives à des altérations matérielles de l'orbite ou de l'œil survenues à la suite de l'extraction de dents; la cinquième a rapport à une lésion traumatique de l'orbite qui fut suivie de mort.

Avant de vous donner l'analyse de ces faits, permettez-moi de vous citer un passage qui contient une énumération rapide des causes de l'amaurose et dans lequel l'auteur émet à ce sujet des

(1) *Ann. d'oculistique*, tome XIX. pages 92, 146, et 198.

(2) *Ann. d'oculistique*, tome XIX, page 109.

opinions pour le moins très-hasardées : « N'admettant plus aujourd'hui, dit M. Decaisne, comme nécessaire une lésion ou une altération du nerf optique pour déterminer l'amaurose, reconnaissant que cette affection peut dépendre de la lésion des nerfs de la troisième ou de la cinquième paire ainsi que de la moelle épinière, que les rapports de liaison entre l'appareil nerveux de l'organe de la vision et celui de l'axe spinal donnent lieu à des amauroses, dont sont quelquefois atteints des cerveaux pris de *delirium tremens*, et les malades de chorée, d'épilepsie ou d'affections saturnines. Constatons enfin que l'amaurose peut survenir à la suite de l'onanisme, d'une néphrite albumineuse ou de l'aménorrhée, d'un allaitement prolongé, et même sympathiquement durant la grossesse, nous serons naturellement ramenés à l'opinion de MM. Mackensie et Terlinck, aux expériences de Vicq-d'Azyr et de MM. Waller, Budje et Magendie qui ont démontré les rapports fonctionnels entre les nerfs de la cinquième paire et le nerf optique. Ces célèbres physiologistes nous ont appris que les lésions du nerf trifacial influent directement sur la vue et que, dans certains cas, la lésion de nerfs autres que le nerf optique, a suffi pour occasionner une amaurose. C'est en coupant la cinquième paire sur un animal que M. Magendie a constaté la perte subite d'un œil, et c'est en taillant celle du côté opposé que l'animal a perdu immédiatement la vue. — De mon côté, continue-t-il, j'ai vu un capitaine frappé au front d'un coup de baguette de bois, sur le trajet du nerf frontal, perdre complètement un œil, qui cependant n'avait nullement été lésé. »

Ce passage, disais-je plus haut, renferme quelques opinions trop absolues, hasardées même. En effet, si M. le docteur Decaisne peut appuyer sa manière de voir, relativement au développement de l'amaurose, à la suite de lésion du nerf de la cinquième paire, de certains faits d'une valeur d'ailleurs fort douteuse, il n'en est plus de même de ce qu'il dit à cet égard du nerf de la troisième paire ; car la paralysie de ce nerf peut bien donner lieu, il est vrai, au strabisme et à la dilatation de la pupille, mais les altérations de la vue qui en résultent ne sauraient être considérées dans l'espèce comme des symptômes de l'amaurose. Tant qu'au fait qu'il rapporte en dernier lieu où l'amaurose aurait été le résultat d'un coup de baguette sur le front, il faudrait, pour être suffisamment autorisé à rapporter cette affection à une lésion du nerf de la cinquième paire, prouver d'abord que ce nerf a été lésé, et ensuite que l'affection amaurotique n'a

pas pu avoir d'autre origine. Or, la lésion du nerf de la cinquième paire n'est nullement démontrée dans ce fait, et l'on sait, d'un autre côté, que des coups portés sur la région périorbitaire peuvent donner lieu à la commotion du cerveau ou de l'œil et par suite à la paralysie de la rétine. D'ailleurs, la lésion du nerf frontal fût-elle certaine, qu'il ne me serait pas démontré encore que l'amaurose dût être rapportée à cette cause.

Ces réserves établies, voici le résumé des observations que renferme le Mémoire de M. Decaisne. Dans la première, il s'agit d'un nommé D..., âgé de 23 ans, au service depuis 1846 et qui se fit extraire, le 22 juin 1851, la petite molaire supérieure du côté droit. Immédiatement après l'opération la joue se gonfla; le lendemain le gonflement avait atteint la paupière; ces symptômes allant en s'aggravant, le malade entra à l'hôpital le premier juillet dans l'état suivant : la figure offre un fort gonflement, les paupières sont œdématisées; l'œil est fortement poussé en avant, saillant, tendu, dur, et un chémosis séreux, très-considérable empêche absolument de distinguer la cornée. Il y a, en même temps, une vive réaction. Un traitement énergique, composé d'une forte saignée générale, de plusieurs applications successives de sangsues aux tempes et à la paupière inférieure, de purgatifs réitérés, des frictions locales d'onguent mercuriel belladonné, parvinrent heureusement à conjurer les accidents qui menaçaient l'existence de l'œil. Le 6, une collection purulente, formée à la partie inférieure de l'orbite est ouverte, et donne issue à une grande quantité d'un pus jaune, louable, de bonne nature. A dater de ce moment, les symptômes vont rapidement en décroissant; vers la fin du mois d'août le malade sort de l'hôpital, parfaitement rétabli.

La deuxième observation est relative à Henri L..., âgé de 14 ans, qui, au commencement du mois de novembre 1850, se fit extirper la seconde molaire droite de la mâchoire supérieure. Le lendemain, la joue est très-gonflée, le malade ressent une assez forte douleur à la tempe et derrière l'oreille du même côté, et on voit de plus l'œil droit proéminent; il est obligé de garder le lit pendant quatre semaines. L'auteur ne dit pas ce que devint le malade jusqu'au 2 juillet 1851, époque où il se trouvait, dit-il, dans l'état suivant : la tête est penchée à droite, la joue de ce côté est encore un peu gonflée, la paupière inférieure est tiraillée en bas et en dehors, il dit éprouver de la douleur de ce côté de la tête chaque fois qu'il se baisse. L'œil

est intact, la vue assez bonne, mais le malade assure qu'elle n'est pas aussi forte que du côté gauche, et qu'elle n'est plus aussi bonne qu'avant l'extirpation de sa dent.

Dans la troisième observation, un jeune homme se fait arracher la dernière molaire inférieure droite le 13 janvier 1851 ; à la suite de cette opération qui donne lieu à une hémorragie abondante, il survient un léger gonflement de tout ce côté de la face accompagné d'une vive sensibilité. Le lendemain, ces symptômes augmentent, des douleurs se manifestent au fond de la cavité orbitaire, et la conjonctive s'enflamme. Une application de douze sangsues derrière l'oreille, un collyre astringent, un purgatif et la diète combattent ces accidents en quelques jours.

Dans la quatrième observation, qui, si nous ne nous trompons, a été publiée déjà en 1848 dans les *Annales d'oculistique* par M. Terlinek, il s'agit d'une cataracte capsulo-lenticulaire qui serait survenue à l'œil droit à la suite de l'extraction de la deuxième grosse molaire de la mâchoire supérieure du même côté. Il est à regretter que ce fait, unique dans la science, manque de détails suffisants pour lui donner la valeur d'un fait démontré. Le voici tel qu'il est rapporté par l'auteur : « Depuis six mois, Georges M..., âgé de 22 ans, ne voit plus de l'œil droit, et c'est à la suite de l'extraction de la seconde grosse molaire de ce côté qu'il a vu se former un abcès à la joue du côté droit. Cet abcès a laissé deux cicatrices adhérentes à l'os de la pommette, et l'œil offre, en ce moment, une cataracte capsulo-lenticulaire très-bien formée, qui, au dire du malade, s'est déclarée à la suite de l'extraction de la dent, et pendant la durée de l'abcès molaire qui est resté quatre mois avant de se guérir complètement. La contraction de l'iris se fait régulièrement, et pas la moindre injection ou autre altération n'ont atteint cet œil qui n'a jamais été malade qu'au moment de l'extraction de la dent. Aucune lésion n'existe à l'œil gauche et personne de la famille de Georges n'a été affecté de maladies oculaires. »

L'auteur termine son travail par une cinquième et dernière observation qui, dit-il, se rattache à son sujet *par les maladies oculaires dont le malade a été atteint, et qu'il croit intéressante par la mort qui en a été la conséquence*. Il s'agit d'un soldat qui fut frappé à la partie inférieure de l'angle interne de l'œil droit pendant qu'il regardait par le trou d'une serrure au moment où un de ses camarades placé de l'autre côté y enfon-

çait une baguette de fusil. Cet accident, arrivé le 31 mai 1847, donna lieu d'abord à l'ecchymose de l'œil et à une petite plaie répandant au point qui a été frappé par la baguette ; le blessé ne se plaignait pas d'ailleurs et se rendit à pied à l'hôpital. Quarante-huit heures après il expirait au milieu des symptômes d'une violente inflammation du cerveau. A l'autopsie on trouva que la baguette avait traversé le tissu cellulaire de l'orbite, fracturé le plancher supérieur de cette cavité, perforé les membranes et labouré la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral.

Le second mémoire de M. Ducaisne est intitulé : « De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts. »

L'auteur après avoir rappelé l'importance de la découverte de MM. Melsens et Natalis Guillot, sur la possibilité d'éliminer de l'économie à l'aide de l'iodure de potassium le mercure et le plomb qui s'y trouvent introduits, dit qu'il a eu de nombreuses occasions de faire avec le plus grand succès l'application de ce traitement aux maladies saturnines. Il cite ensuite le fait suivant :

Le nommé B..., âgé de 39 ans, employé depuis plus de deux ans à une fabrique de céruse, fut atteint d'un tremblement aux bras qui s'étendit aux jambes et bientôt à tout le corps. En même temps les doigts étaient si fortement rétractés sur la paume de la main, que le malade, dans l'impossibilité de s'en servir, fut obligé de quitter la fabrique.

Après plusieurs traitements infructueux suivis pendant plus de trois mois, il s'adressa au commencement de mai 1851 à M. Decaisne qui lui prescrivit un purgatif, et le mit ensuite à l'usage de l'iodure de potassium à faible dose d'abord (une cuillerée tous les soirs d'une potion composée d'un gros d'iodure de potassium dans quatre onces d'eau), qu'il augmenta progressivement de manière à arriver à la fin du traitement à un gros et demi et même plus par jour. A la fin de juillet, B... pouvait faire un complet usage de ses mains, ses mouvements étaient parfaitement libres et on ne remarquait plus chez lui le moindre tremblement. B... changea d'état et se fit charretier ; M. Decaisne eut l'occasion de le revoir à plusieurs reprises et de constater la confirmation de sa guérison.

Tel est, Messieurs, l'exposé des deux mémoires qui vous ont été adressés par M. Decaisne. Ils ne renferment rien de neuf, il est vrai, mais les faits qui y sont consignés ne manquent pas

d'importance au point de vue pratique et c'est ce qui m'a engagé à vous en donner une analyse détaillée.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de vous proposer : 1^o d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2^o de déposer honorablement son travail dans les archives de la Compagnie.

— M. DECAISNE : En adressant à l'Académie mes observations sur les dents œillères, mon but a été d'appeler l'attention sur des faits qui tendent à démontrer que d'autres nerfs que le nerf optique exercent une influence sur l'acte de la vision. En effet, l'appareil nerveux de la vision ne se compose pas seulement de la rétine, du nerf optique et d'une certaine portion du cerveau, mais d'autres nerfs encore : le grand sympathique, les nerfs de la troisième, ceux de la cinquième paire surtout, y prennent une part plus ou moins directe. On doit donc, à mon avis, tenir compte des observations qui prouvent que la cécité immédiate, ou des accidents fâcheux surviennent parfois à la suite d'une lésion des nerfs sourciliers, frontaux ou sous-orbitaires. Il en est de même pour la troisième paire dont la paralysie peut être consécutive à celle de la cinquième, qui exerce une influence si remarquable sur l'organe de la vision, ainsi que je crois l'avoir démontré dans mon travail. Les faits pathologiques que j'ai rappelés établissent que l'amaurose survient à la suite de lésions de nerfs distincts du nerf optique lui-même. Je ne m'attendais pas à voir mettre en doute l'observation remarquable que j'ai citée d'une personne qui, en badinant, reçut sur la région du sourcil un coup de jonc qui détermina immédiatement une amaurose. Ce fait n'est pas unique ; d'autres observateurs en ont déjà cités d'analogues, et je me bornerai à rappeler à l'Académie ceux que nous ont rapportés MM. Mackensie, Rognetta, Ribes, Caron et Stoeber. Demours cite un cas plus extraordinaire encore : celui de l'enlèvement d'une petite tumeur sur le sourcil qui déterminait une subite amaurose.

J'ai donc cru utile de grouper ces faits épars afin de leur donner plus d'importance.

Il en est de même pour ma note relative à l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts. En effet, si mon observation n'est pas nouvelle, elle n'en est pas moins digne d'intérêt en ce qu'elle vient confirmer de la manière la plus nette les remarques de MM. Melsens et Natalis Guillot sur le même sujet.

— **M. FOSSION** : Messieurs, certainement l'amaurose peut naître d'autres causes que d'une lésion du nerf optique ou de la rétine ; c'est un fait incontestable. Mais induire de ce fait qu'il y aurait d'autres nerfs que le nerf optique qui présideraient à la vision, ce serait une erreur qui nous mettrait en contradiction flagrante avec toutes les lois de la science. Il n'y a rien de mieux établi aujourd'hui que la spécificité des sensations. Il est certain que le nerf optique est le nerf spécial de la vision ; aucun autre que lui ne peut présider à cette fonction. On avait douté de son existence chez des animaux qui paraissaient n'avoir qu'un organe de la vision rudimentaire, tels que les taupes ; on avait douté de son existence chez certains poissons, chez certains mollusques. Des recherches faites ultérieurement ont démontré d'une manière péremptoire que le nerf optique existait chez eux et qu'il était accolé à un tronc nerveux.

Toutes les expériences faites dans ces derniers temps démontrent à l'évidence que dans les animaux supérieurs, le nerf optique préside à la vision.

L'amaurose peut certainement dépendre d'une lésion du nerf de la cinquième paire, parce que la branche de ce nerf préside à la nutrition et à la sécrétion de l'œil. Il est certain que si une plaie est faite au nerf sus-orbitaire, cette plaie peut déterminer une irritation dans la branche de la cinquième paire, et cette irritation amener dans le ganglion ophthalmique des modifications. Mais on ne peut induire de ce fait que le nerf optique ne préside pas exclusivement à la vision ; seulement ici la maladie qui porte obstacle à cette fonction, est le résultat de la lésion d'un nerf qui préside à la sécrétion de l'œil ou de la lésion d'un autre nerf.

— **M. HAIRION** : Messieurs, la question n'est pas de savoir si le nerf optique préside ou non à la vision ; M. le docteur Decaisne n'a pas mis ce point en doute. La question est de savoir quelle est l'influence de la cinquième paire de nerfs sur les fonctions visuelles et particulièrement sur le développement de l'amaurose. Or, je nie qu'il y ait un seul fait dans la science qui prouve positivement que le nerf de la cinquième paire ait une influence directe sur la rétine. À la suite des lésions du nerf frontal on a, il est bien vrai, observé des altérations de la vue, des amauroses ; mais ces lésions avaient été produites par des causes susceptibles d'ébranler la rétine, d'en déterminer la commotion ou la paralysie, ou même de produire la commotion cérébrale et

par suite la perte de la vue. D'un autre côté, si des altérations pathologiques de ce même nerf ou sa section dans l'intérieur du crâne ont donné lieu à la perte de la vue, c'est, ainsi que l'a dit l'honorable M. Fossion, par suite d'altérations matérielles survenues dans les humeurs et les tissus de l'œil et non par le fait de l'interruption d'une influence directe de ce nerf sur la rétine.

Il est vrai que M. Magendie, à la suite de ses expériences sur le nerf de la cinquième paire, avait cru que la section de ce nerf produisait l'amaurose ; mais Longet, qui a répété plus tard ces expériences, a trouvé que la rétine conserve sa sensibilité jusqu'à ce qu'il se produise des altérations organiques qui empêchent les rayons lumineux d'arriver jusqu'au fond de l'œil. Aussi longtemps qu'il n'en est pas ainsi, la vue n'en est pas troublée. D'un autre côté, le même physiologiste a démontré que les altérations de nutrition de l'œil, très-apparentes quand on a coupé le trijumeau dans la fosse temporale et au niveau du ganglion semi-lunaire, se manifestent à peine quand on a pratiqué la section de ce nerf avant son passage sur le rocher et près de son origine. Dans un grand nombre d'observations de lésions de la même paire nerveuse, on a remarqué que la perte ou la perversion de la sensibilité générale de l'œil est survenue tantôt seule, sans aucune altération de la nutrition, tantôt au contraire avec des troubles très-notables de cette dernière fonction. Il pense, et la plupart des physiologistes partagent son opinion à cet égard, que les effets observés dans le premier cas dépendent à la fois de la lésion du ganglion semi-lunaire et de celle du nerf grand sympathique qui, à ce niveau, offre avec ce ganglion et la branche ophthalmique des connexions nombreuses. Ce qui rend cette opinion plus probable encore, c'est que la section de la portion cervicale du grand sympathique pratiquée sur des chiens, a déterminé des troubles nutritifs dans l'œil correspondant. Ces faits prouvent donc que l'honorable M. Decaisne est allé trop loin en considérant comme un fait démontré, l'influence directe du nerf de la cinquième paire dans la production de l'amaurose. Mais lorsqu'il considère les lésions du nerf de la troisième paire comme pouvant également donner lieu à l'amaurose, il commet évidemment une erreur. En effet, ce nerf, exclusivement moteur, se distribue au muscle releveur de la paupière supérieure, aux muscles droits interne, supérieur, inférieur et petit oblique, ainsi qu'au muscle constricteur de la pupille, et sa paralysie amène du côté correspondant le prolapsus de la paupière

supérieure, la déviation de l'œil en dehors, l'abolition des mouvements alternatifs de rotation du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur, la dilatation de la pupille, et par suite, un trouble de la vue de ce côté, provenant de la dilatation de l'ouverture pupillaire, ainsi qu'il est facile de le démontrer, et, lorsque la vue s'exerce des deux yeux, une diplopie, résultant de la déviation de l'œil en dehors et du défaut de parallélisme des axes visuels; mais ces troubles de la vue ne constituent nullement l'affection à laquelle les anciens ont donné le nom d'amaurose.

— **M. LOMBARD** : Messieurs, rien de plus commun que les lésions du nerf de la cinquième paire. La névralgie faciale se rencontre tous les jours ; c'est de toutes les névralgies peut-être la plus commune. Nous voyons souvent l'œil rougi par la névralgie faciale avec contractions violentes et douloureuses de la face. Au milieu de ces douleurs atroces, la vision n'est pas troublée. Il semble donc que les troubles du nerf de la cinquième paire ont peu d'effet sur la rétine, sur le nerf optique, enfin sur l'appareil visuel. On a cité un fait ; mais le fait très-intéressant sans doute dont nous a entretenus notre honorable collègue peut fort bien, ce me semble, s'expliquer autrement qu'il ne l'a fait : il a pensé que, parce qu'un coup avait été reçu sur l'arcade orbitaire, il s'en était suivi immédiatement une amaurose. Les explications de M. Fossion ne s'appliquent pas au fait qui a été cité : ce n'est pas longtemps après, c'est immédiatement que l'amaurose s'est déclarée. Mais un coup reçu sur l'orbite peut agir sur le nerf sus-orbitaire. Ne peut-il aussi y avoir, par suite du coup, un épanchement, un dérangement du nerf optique ou de la rétine ? Il me semble que, puisque c'est immédiatement que le coup a produit l'amaurose, vous ne pouvez l'expliquer comme vous l'avez fait.

— **M. DECAISNE** : Deux mots seulement pour prouver que ce n'est pas par suite d'épanchement que l'amaurose s'est déclarée, puisque encore une fois elle s'est manifestée immédiatement.

Permettez-moi de vous citer ce que dit Beer à ce sujet : « Dans les cas graves la cécité peut être immédiate; dans les cas moins graves elle peut s'établir lentement; quelquefois elle ne survient que lorsque le travail de cicatrisation est commencé ou même achevé, » Mackensie, de son côté, partage la même opinion, puisqu'il s'exprime de la manière suivante : « Il est à

supposer que dans les amauroses traumatiques, l'irritation ou l'inflammation de la branche du nerf lésé se propage le long du tronc jusqu'au cerveau, et qu'il en résulte une affection réflexe, soit de la troisième paire, soit du nerf optique, soit de l'un ou de l'autre. »

— M. HAIRION : Messieurs, nous venons de voir que la cécité qui accompagne certaines altérations pathologiques du nerf de la troisième paire, ou la section de ce nerf dans l'intérieur du crâne, est la conséquence des troubles matériels qui surviennent dans les humeurs et les tissus de l'œil et n'ont rien de commun avec l'amaurose. Nous avons vu également que la perte immédiate de la vue qui s'observe quelquefois à la suite des lésions traumatiques des filets périphériques de la branche ophthalmique s'expliquait par la commotion cérébrale ou rétinienne, ou par l'une et l'autre à la fois. Mais les annales de la science possèdent des faits relatifs à certains troubles de la vue qui ne peuvent s'expliquer de cette manière. Ainsi, on a vu des tumeurs siégeant au sourcil, au cuir chevelu, sur le trajet de quelques filets de la branche frontale de ce nerf, donner lieu à des troubles de la vue, et ces troubles se dissiper plus ou moins immédiatement après l'extirpation de ces tumeurs. On a vu aussi les lésions de ces mêmes filets nerveux être accompagnées d'altérations graves dans la nutrition de l'œil correspondant. Un fait de ce genre des plus remarquables a été rapporté, il y a quelques années, dans les *Annales d'oculistique* par M. Snabilié, inspecteur général du service de santé en Hollande. Voici l'explication qu'on peut donner de ces faits :

Faisons remarquer d'abord que des troubles de la vue, sans altération matérielle, mentionnés plus haut, ont toujours été vus coïncider avec la dilatation de la pupille, chaque fois que le médecin a porté son attention sur ce point. On sait que le ganglion semi-lunaire reçoit un filet nerveux du ganglion cervical supérieur du grand sympathique ; que l'irritation de ce filet, ainsi que l'ont démontré Guarini, Budge, Waller et autres, produit la dilatation de la pupille, tandis que sa section amène le rétrécissement de cette ouverture et des altérations de nutrition dans l'œil correspondant ; il est reconnu, d'un autre côté, que les ganglions jouissent d'un pouvoir réflexe comparable à celui de l'axe cérébro-spinal. Ceci étant admis, ne peut-on pas dire que l'irritation des filets périphériques de la branche ophthalmique de la cinquième paire, étant transmise au ganglion semi-lunaire,

réagit par son intermédiaire sur le filet du grand sympathique, et produit, tantôt des troubles dans la nutrition de l'œil, tantôt la dilatation de la pupille, suivant que le mouvement réflexe s'opère sur les fibres grises ou sur les fibres motrices de ce filet nerveux ?

— M. LOMBARD : Ces explications lumineuses, bien développées par l'honorable préopinant, vous satisfont sans doute pleinement sur la plupart des faits qu'il a présentés. Si donc je prends la parole, c'est plutôt pour moi que pour vous.

J'entends parler d'une commotion de la rétine ; on m'a parlé quelquefois aussi de congestions rétinienues ; j'ai vu des spécialités qui m'ont fait voir ce que je ne voyais pas : des congestions rétinienues. Je suis extrêmement désireux qu'on m'en donne le diagnostic. L'honorable collègue qui a parlé d'un cas où il y a eu commotion de la rétine, a-t-il des moyens certains pour en faire le diagnostic ? J'avoue qu'il me rendrait service s'il me faisait connaître les symptômes auxquels il peut la reconnaître. Comment l'a-t-il constatée ? S'il avait la bonté de me le dire, je lui en saurais gré. Pour moi, j'avoue que je me sens incapable de faire un pareil diagnostic.

Cela dit, il me semble que les conclusions du rapport, en ce qui concerne le dépôt aux archives pourraient être modifiées : le travail dont nous nous occupons me paraît très-intéressant ; pourquoi ne serait-il pas imprimé ? Je crois que cela en vaut bien la peine. Je crois que nous avons imprimé des travaux qui ne valent pas celui-là. Je vous prie donc, Messieurs, d'ordonner la publication de ce travail dans votre *Bulletin*.

— M. LEBEAU : Je ne m'attendais pas à prendre la parole dans cette circonstance ; mais le cercle de la discussion s'agrandit tellement que je vois nos honorables collègues près d'arriver à une solution qui ne peut être admise, sans aller directement contre les préceptes de la science et de la vérité.

On n'insiste pas assez sur une vérité démontrée, c'est que chaque nerf a sa spécialité d'action et produit des effets qui ne peuvent être altérés que quand il est altéré lui-même. Dans le cas d'une commotion de la rétine, il me semble que l'observation de M. Hairion est parfaitement exacte. Les effets de la commotion font sentir par les diverses modifications de l'action visuelle si une névrose, une névralgie a une signification bien plus étendue que celle qu'on admet, si l'on n'indique pas des similitudes qu'il est alors impossible d'établir.

Je crois donc que toute la discussion roule sur un malentendu. L'observation de M. Decaisne me paraît parfaitement exacte. Il s'agit simplement du sens du mot *amaurose* : il y a altération non de l'organe qui voit, mais de l'instrument qui sert à voir. Cette distinction est extrêmement importante ; car voyez où cela conduit : s'agit-il d'un coup si fort qu'il y a amaurose immédiate, le médecin dira : Il y a autre chose qu'une lésion extérieure ; il y a une altération plus profonde soit du nerf sous-orbitaire, soit de l'organe visuel. Dans ce cas le médecin prescrira une médication plus active, tandis que si l'on admet que la lésion amène l'amaurose, nous serons moins portés à agir.

Je crois qu'en y réfléchissant, M. Decaisne se convaincra que, pour qu'il y ait amaurose, il faut que le nerf optique soit impressionné. Entendons-nous là-dessus, alors les observations des divers membres auront leur valeur.

— M. LOMBARD : La discussion se divise. De quoi s'agissait-il ? Il s'agissait d'une commotion de la rétine qui avait amené des éblouissements que tout le monde sait être les conséquences d'une commotion de la rétine. Rien n'est plus clair. Mais quand il y a perte de la vue, prétendez-vous que c'est la commotion de la rétine qui en est cause, plutôt qu'une autre lésion ? C'est là que j'attends mes honorables collègues. Sur ce point, ils s'entendent tous, parce qu'il n'est pas possible de faire autrement.

Il est évident qu'un cas semblable ne peut être résolu qu'à la nécroscopie. Autrement vous ne pouvez savoir s'il y a seulement commotion de la rétine, ou s'il n'y a pas dix autres lésions, ou bien vous le devinez ; mais vous ne sauriez le deviner avec certitude.

Voilà l'observation que j'avais à faire. Quant à ce qu'a dit M. Lebeau, cela ne s'applique pas du tout à la discussion entre M. Hairion et moi.

— M. HAIRION : Messieurs, la question que vient de soulever l'honorable M. Lombard est un peu étrangère à la discussion qui nous occupe. Je vous demanderai cependant d'y répondre quelques mots.

L'honorable M. Lombard me demande comment je reconnais une commotion de la rétine. Vous le savez, Messieurs, l'ébranlement communiqué à une partie quelconque du système nerveux se traduit par les effets propres à chacune de ces parties, ou par la paralysie de celles-ci, suivant le degré d'ébranle-

ment qu'elles ont subi. Ainsi, à un degré modéré, la commotion produit des mouvements musculaires pour les nerfs du mouvement, des sensations diverses pour les nerfs sensitifs, des sensations spéciales pour les nerfs des sens, par exemple, des sensations lumineuses pour l'œil, des bruits pour l'organe de l'ouïe, etc. A un degré plus élevé, il survient des paralysies plus ou moins complètes, passagères ou permanentes de ces diverses parties du système nerveux. Dans tous les cas, ces effets ne s'accompagnent d'aucune lésion matérielle, et lorsque celles-ci se produisent, la commotion n'est plus simple, il peut y avoir alors des épanchements sanguins ou autres, des contusions, des déchirures, et plus tard l'inflammation de la partie qui a été le siège de la commotion, et chacun de ces états se reconnaît à des symptômes ordinairement bien caractérisés.

L'honorable M. Lombard, en me demandant si j'ai fait la nécropsie des individus sur lesquels j'ai diagnostiqué la commotion rétinienne, m'adresse une objection très-spécieuse et à laquelle il sait bien que je ne répondrai pas. Mais à mon tour je lui demanderai si, lorsqu'un individu, à la suite d'une chute ou d'un coup sur la tête, tombe immédiatement dans un état de mort apparente et reprend bientôt après entièrement connaissance, sans présenter ni en ce moment ni plus tard, aucun symptôme indiquant quelque lésion des centres nerveux, je lui demanderai, dis-je, s'il ne reconnaît pas à ces signes les caractères de la commotion cérébrale, sans qu'il ait besoin pour établir son diagnostic, d'avoir recours à la nécropsie. Eh bien ! nous ne faisons pas autrement lorsqu'il s'agit d'apprécier la cause de la cécité, passagère ou permanente, survenant à la suite d'un coup porté sur l'œil, si nous ne constatons ni lésion matérielle apparente, ni symptôme qui nous en indique l'existence, soit actuellement, soit par la suite : nous disons qu'il y a eu cécité par commotion rétinienne.

— La discussion est close.

La première partie des conclusions du rapport est adoptée.

La proposition de M. Lombard est adoptée. En conséquence, l'Académie ordonne l'insertion de la communication de M. Decaisne au *Bulletin*.

III. — LECTURES ET COMMUNICATIONS.

1. NOTE relative à un cas remarquable d'*helminthiase*, recueilli à la clinique interne de l'hôpital civil de Gand, par M. VAN COETSEM, médecin en chef de l'hôpital susdit, membre titulaire de l'Académie.

Marie M...., née à Grammont, de parents sains, âgée de trente-cinq ans, célibataire, servante, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'une bonne constitution, paraissant affaiblie par de longues souffrances, se rend à l'hôpital civil de Gand, le 12 janvier 1853; elle déclare que l'origine de la maladie dont elle est affligée, remonte à peu près à 1843. Il y a dix ans, qu'à la suite d'une déjection alvine et en quelque sorte par hasard, elle s'aperçut pour la première fois qu'elle était atteinte de ce qu'elle appelle le ver solitaire (*lintworm*).

Depuis cette époque et à des intervalles plus ou moins longs, elle continua à évacuer des portions variables de l'entozoaire susdit; effrayée de cette maladie, elle alla consulter un grand nombre de médecins qui lui ont successivement recommandé l'emploi des préparations pharmaceutiques de térébenthine, de racine de grenadier sauvage, de drastiques, etc., toujours à des doses très-élevées; l'ingestion de ces divers remèdes fut le plus souvent suivie de l'expulsion de portions notables de *tænia*, dont une mesurait la longueur de quatre mètres.

Au moment de la visite, la malade accuse les symptômes suivants : appétit faible, sentiment de faiblesse, anxiété épigastrique permanente, soif vive, sensation de morsures sourdes et fréquentes autour de l'ombilic; tendance à la syncope, malaise général, selles irrégulières, de temps en temps solides ou liquides; pouls faible, petit, inégal, intermittent, respiration bonne; insomnie déjà depuis quinze jours; agitation, découragement; la malade croit par moment sentir les mouvements de l'entozoaire. Tous les symptômes ci-dessus énumérés, s'aggravent vers les heures des repas, fixés à quatre par jour; alors des accès hystériques intenses viennent se joindre au cortège déjà si incommode des maux de la patiente, qui s'attend à une terminaison fatale, imprévue; et cette idée, devenue pour ainsi dire fixe, la poursuit sans cesse sans lui laisser entrevoir un moment d'espoir. Du reste, la menstruation a toujours suivi son cours normal.

Afin de constater la présence de l'entozoaire, il fut prescrit le

même jour (12 janvier) vingt-quatre grammes d'huile de ricin, qui avec des matières fécales solides amena l'expulsion de deux fragments de *tænia solium*. Il fut accordé peu de nourriture.

Je crus pouvoir, sans inconvénient, m'écarter de la formule de prescription du kouso, adoptée par tous les médecins praticiens; et dans cette intention je changeai le mode d'administration comme suit : je prescrivis quinze grammes de fleurs de kouso réduites en poudre pour être infusées pendant une demi-heure en vase clos, dans cent quatre-vingts grammes (à peu près sept onces et demie) d'eau chaude, en recommandant d'élever la température de l'infusion jusqu'à celle de l'eau bouillante pendant quinze minutes, vers la fin de l'opération : au liquide *filtré* et refroidi, on ajouta soixante grammes de sirop d'écorce d'orange.

Le 13 du même mois, à six heures du matin, cet *infuso-décocté* fut administré en une fois à la malade, mise à la diète depuis la veille; le médicament ne produisit aucun malaise ni sensation désagréable.

Le 14, huile de ricin, comme dessus. Expulsion de sept fragments de *tænia*. — Bouillon vers le soir.

15. Accès d'hystérie fréquents. — Potion antispasmodique. Diète.

16. Même traitement vermicide que le 13; la dose du médicament est portée à vingt-quatre grammes dans cent quatre-vingt-douze grammes d'eau pour préparer l'*infuso-décocté* ci-dessus mentionné; il est donné en une fois, et quelques heures après, la malade prend l'huile de ricin. — Deux évacuations alvines, dans lesquelles on compte *vingt et un* segments du ver solitaire.

Depuis ce jour jusqu'au 26 du même mois inclusivement, cette médication fut continuée; la dose de fleurs de kouso fut graduellement augmentée jusqu'à trente-six grammes dans deux cent quarante grammes d'eau; on eut soin, pour ne pas fatiguer l'estomac, de n'en prescrire l'usage que de quatre en quatre jours; pendant les intervalles, on eut recours, le cas échéant, à l'emploi des antispasmodiques; soupe grasse.

Après de nombreuses tentatives, je n'ai donc pu obtenir de résultat définitif, c'est-à-dire la destruction du ver solitaire. Dans cet état de choses, je prescrivis, le 27 du même mois, dix-huit grammes de fleurs de *kouso* réduites en poudre très-fines et infusées en vase clos, dans deux cent quarante grammes d'eau très-chaude, pendant une demi-heure. Le liquide ne sera

pas filtré, et, étant refroidi, la malade, mise à la diète depuis la veille, avalera liquide et poudre ensemble en une fois. Six à huit heures après l'ingestion, on donnera le purgatif huileux comme dessus.

Après un quart d'heure d'attente l'infusion vermicide produit chez la malade une réaction générale, qui se révèle par la céphalalgie, la soif et les nausées; le médicament, d'une saveur dégoûtante et nauséabonde, provoque des efforts de vomir, des vomituritions, de l'agitation générale et une grande anxiété épigastrique; la peau devient chaude, la face s'enlumine, et la physionomie exprime un air d'anxiété et d'inquiétude; ce n'est qu'avec grande peine qu'on parvient à empêcher les vomissements; ensuite des coliques, sensation des mouvements de l'entozoaire, accès hystériques. Vers midi cet ensemble de troubles incommodes se dissipe; à trois heures de l'après-dinée on administre le purgatif qui opère avec énergie et rapidité; à la première déjection alvine, expulsion d'un tronçon de ver rubaniforme, de la longueur d'un demi-mètre et de la largeur d'un centimètre et demi, suivie immédiatement de la sortie d'une deuxième portion mesurant la longueur de six à sept mètres, et dont la largeur à l'un de ses bouts égale un millimètre et demi; enfin une troisième évacuation amène pêle-mêle, avec les matières alvines, une quantité énorme de parcelles presque filiformes et voisines de la tête; suivent enfin encore deux déjections alvines qui ne contiennent plus la moindre trace de *tænia*. La malade se sent soulagée d'une manière remarquable et se félicite de cet heureux résultat. — Soupe grasse, viande blanche.

28 janvier. La nuit a été tranquille; tous les symptômes d'helminthiase ci-dessus décrits sont dissipés; l'abattement moral a fait place au sentiment de courage et à l'espoir d'une prochaine guérison; sauf l'état de faiblesse générale, l'appétit se prononce, les organes digestifs fonctionnent avec activité. On recommande la distraction et un régime analeptique. On ne prescrit aucun médicament jusqu'au 31 du même mois inclusivement.

1^{er} février. L'état général de la malade est très-satisfaisant; le poulx se relève, les accès d'hystérie n'ont plus reparu; une selle consistante évacue en même temps un segment de ver de la longueur de quinze centimètres; il a fait partie du corps de l'entozoaire rubaniforme et est très-rapproché de la tête; il offre une couleur brune et un état de dépérissement très-avancé; il est

accompagné d'un *ascaride* lombricoïde complètement développé, mesurant à peu près quinze centimètres.

Tisane de *spigelia marylandica*, de deux en deux heures une tasse à thé. Même régime.

2. Expulsion de deux jeunes *ascarides* lombricoïdes, plus de trace de *tænia*.

Même traitement, même régime maintenus pendant la journée du 3 inclusivement.

4. Pour s'assurer du succès du *tænicide* employé, et par mesure de précaution, on administre encore une fois l'infusion de la poudre de fleurs de kousso *non filtrée*, comme il a été dit ci-dessus; quelques symptômes de malaise, de nausée et d'anxiété se déclarent, mais ne durent qu'un quart d'heure; la malade se rince souvent la bouche à l'eau froide. — Diète sévère.

5. Évacuation alvine spontanée et naturelle avec expulsion d'un tronçon de *tænia* visiblement décomposé et à l'état de ramollissement putride. — Régime analeptique; de petites doses de vin de Bordeaux.

6. État satisfaisant de la santé générale; expulsion d'un *ascaride* lombricoïde développé de la longueur de vingt centimètres.

80 centigrammes (16 grains) de calomel Schéele incorporés dans du miel pur, à prendre en trois fois pendant le jour. Même régime.

7. Plusieurs selles liquides; plus la moindre trace d'*ascaride* ni de *tænia*: depuis ce moment l'appétit est vif, les selles sont devenues normales, le sommeil est tranquille et les forces de la malade se relèvent rapidement. — Convalescence. Même régime.

A dater de ce jour jusqu'au 10 du même mois inclusivement, la convalescence s'est raffermie, et Marie..., délivrée de ses redoutables ennemis, a quitté l'hôpital toute joyeuse.

Depuis sa sortie, il y a six mois, j'ai eu l'occasion de revoir cette femme qui m'a déclaré jouir d'une excellente santé.

Réflexions.

Le fait clinique dont je viens de tracer l'histoire détaillée me paraît offrir un grand intérêt sous le double rapport de la science nosographique et de la thérapeutique.

En effet, lorsqu'on examine avec attention les ouvrages publiés depuis un demi-siècle par les médecins helminthographes,

on serait porté à admettre que la coexistence du tænia et de l'ascaride lombricoïde dans l'intestin grêle du même malade se présente souvent à l'observateur ; c'est ce que l'on pourrait inférer des assertions vagues de plusieurs auteurs anciens et modernes qui affirment, sans citer des faits à l'appui, que les ascarides lombricoïdes habitent souvent ensemble avec le tænia dans l'intestin grêle de l'homme ; je suis porté à croire qu'il y a beaucoup à rabattre de cette allégation, et que probablement on aura attribué à l'espèce humaine la fréquence relativement très-grande de ce même phénomène mis hors de doute chez un grand nombre d'animaux vertébrés de genres différents ; d'ailleurs il est facile de se convaincre que le nombre de faits cliniques qui démontrent l'existence de cette helminthiase compliquée chez l'homme, est très-restreint. Ainsi Rosenstein (1), Montin (2), Brera (3), Werner (4), Raulin (5), Giudetti (6), Dubini (7), parmi les médecins étrangers ; Brasseur (8) et Marinus (9), parmi les médecins belges, sont les seuls qui ont publié des faits cliniques détaillés, dignes d'être étudiés avec attention. Les ouvrages les plus récents publiés par les helminthographes français (10), allemands (11) et anglais (12), passent sous silence le phénomène remarquable de l'association simultanée du tænia avec l'ascaride lombricoïde dans l'intestin grêle de l'homme. Le docteur Budd, médecin du King's College hospital de Londres, rapporte un cas très-intéressant d'affection vermineuse (*tænia solium*) chez une femme âgée de quarante-six ans et atteinte depuis quelque temps de cette maladie, qui fut prise du choléra épidémique ; l'entozoaire rubaniforme disparut pendant toute la durée de l'épidémie pour reparaitre après qu'elle

(1) ROSENSTEIN, *Traité des maladies vermineuses des enfants*, page 306.

(2) MONTIN, *Academ. Handl.*, 1763, page 113.

(3) BRERA, *Traité des maladies vermineuses*, Paris, 1804, traduit de l'italien.

(4) WERNER, *Verminum intestinalium præsertim teniæ humanæ brevis expositio*, page 44.

(5) RAULIN, *Traité des maladies occasionnées par des variations d'air*, page 426.

(6-7-8) Voyez le rapport de notre honorable collègue M. Raikem, *Bullet. de l'Acad. roy. de Méd. de Belgique*, tome IX, n° 4, année 1849-50.

(9) Voyez la *Dissertation inaugurale* de notre honorable secrétaire-adjoint, défendue à l'Université de Gand, le 3 juin 1830, in-4^o. 8g., page 15.

(10) Voyez la séance de l'Académie de médecine de Paris, 25 mars 1847, et *Bulletin* de la même Académie, tome VI, page 492.

(11) *De Bandwürmer der Menschen*, von Seegers, Stuttgart, 1852, in-8^o, pl.

(12) Voyez le Journal anglais *The Lancet*, 1850, 20 avril, 20 et 25 mai.

avait cessé; ce médecin ne dit mot de la réunion de l'ascaride lombricoïde avec le tænia.

J'ajouterai pour mon compte que pendant les terribles épidémies du choléra indien qui, les années 1832 et 1849, ont fait de si nombreuses victimes à Gand, j'ai traité un nombre considérable de cholériques de tout sexe et de tout âge, dont la maladie fut compliquée de la présence des ascarides lombricoïdes. Eh bien! je n'ai recueilli aucun fait clinique qui présentât la coexistence de cette dernière espèce d'entozoaire avec le tænia.

De ce qui précède, je suis en droit de conclure qu'en général cette association est un phénomène peu commun, ou pour parler plus explicitement, qu'il est rare de voir vivre ensemble des helminthes de genres et d'espèces si différents, l'une indépendamment de l'autre, s'y développer et s'y propager, chacun dans les limites des lois d'organogénésie posée par le Créateur.

Y a-t-il des symptômes propres à révéler au praticien la coexistence des entozoaires prérappelés? Je crois devoir répondre négativement, parce que ni l'ensemble des phénomènes morbides apparaissant chez notre malade, ni les renseignements qu'elle m'a fournis, n'ont pu établir le diagnostic; le seul signe certain adopté par les nosographes, c'est l'évacuation de l'entozoaire, et ici il a levé toute espèce de doute qui aurait pu exister à cet égard.

Sous le rapport de la pratique médicale, les résultats dont je viens de rendre compte, sont dignes de l'attention des médecins, parce qu'ils tendent à résoudre un problème qui présente deux éléments thérapeutiques distincts, intimement liés à la présence de deux *cérastoïdes* de genres et d'espèces différents et qui, néanmoins, se sont trouvés *ensemble, en même temps, dans le même intestin, chez le même malade*; mais avant de me livrer à de nouvelles réflexions, je crois qu'il n'est pas inutile de toucher quelques mots du koussotier, plante qui fournit un remède vermicide si précieux.

Le koussotier est un arbre dioïque que M. Kunth a fait connaître déjà depuis 1824 (1). Cet arbre appartient à la famille des rosacées; il croît spontanément sur les montagnes, dans les

(1) M. Kunth est le collaborateur de MM. De Humboldt et Bonpland, qui s'occupent de la publication de la *Flore Equinoxiale*; ce savant botanographe s'est assuré par des recherches consciencieuses que le genre *Brayera* devait constituer un nouveau genre de la famille des Rosacées à côté du genre *Agremonia*.

provinces *Semen, Lasta*, (1) *Godschram* et *Goltha*, en Abyssinie, à la hauteur de huit mille pieds au-dessus du niveau de la mer ; rapprochés en grand nombre, hauts et vastes comme des chênes, ces magnifiques arbres composent d'immenses forêts, et produisent des panicules de fleurs longues de deux à quatre pieds, semblables à celles des platanes de l'Europe. Le genre et l'espèce de cette plante sont désignés par les botanistes sous le nom de *Brayera anthelminthica* ; par les habitants de l'Abyssinie elle est connue sous le nom de *Coasso, Koussso, Kwoso, Cosso, Habbz* et *Cabotz*.

Le docteur Brayer est le premier qui fit connaître le koussso en Europe ; vingt-deux ans plus tard, le docteur Aubert Roche rappela aux corps savants l'efficacité de ce médicament contre le ver solitaire. Nous sommes également redevables de notions plus complètes sur l'action tœnicide des fleurs de koussso à M. le médecin A. Roche déjà cité et à M. Rochet-d'Héricourt, voyageur français ; le premier rapporte que la maladie vermineuse étant endémique en Abyssinie, le tœnicide susdit y jouit d'une grande popularité ; toutefois M. Rochet-d'Héricourt appelle l'attention des médecins sur une distinction importante à faire entre les koussotiers, puisque les uns jouissent d'une action vermifuge très-puissante, bien démontrée, tandis qu'il existe une sorte de koussso appelée *Koussso du Nord*, dénuée de toutes propriétés anthelminthiques (2) ; du reste, on ignore les caractères physiques qui peuvent servir à les distinguer, ce qui est très-regrettable.

Les fleurs seules sont employées comme tœnicides ; à cette fin on cueille les grappes (panicules), on les fait sécher comme les fleurs de tilleul ; ainsi desséchées elles ont l'aspect de fleurs de tilleul brisées, sont d'un gris rose, d'une odeur faible et fade rappelant celle du sureau, d'une saveur âcre, laquelle se développant sous l'influence de l'eau chaude, devient amère, nauséabonde et très-désagréable aux malades qui doivent s'en servir.

Ce vermicide héroïque n'est pas dans le commerce, parce

(1) Voyez *Officine ou répertoire de pharmacie pratique*, par Dorvault, 3^e édition, Paris. Labé, 1850, pages 158 et suiv.

Rapport de MM. Loiseleur de Long-Champs et Mérat, sur le Mémoire du docteur Aubert Roche (séance de l'Académie de médecine de Paris, 5 mai 1847, présidence de M. Bouillaud).

Extraits des comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences (Institut de France). tome XXII, page 798. séance du 18 mai 1846.

ROCHET-D'HERICOURT, communications et voyages sur les deux rives de la mer rouge, dans le pays des Adales et la province de Goa.

(2) Voyez l'ouvrage cité plus haut, ainsi que le mémoire du savant médecin.

qu'à Goa (1) le prince souverain étant considéré comme le propriétaire suprême de toutes les terres, ce n'est que par une sorte de faveur toute spéciale que ses sujets en peuvent user pour combattre l'endémie helminthique qui les tourmente sans cesse.

Le mode de préparation et d'ingestion des fleurs de la *Brayera anthelminthica* est très-simple : dix-huit grammes réduits en poudre très-fine seront infusés dans deux cent quarante grammes d'eau chaude. Fermer hermétiquement le vase, laisser en infusion pendant une demi-heure, avaler ensuite d'un trait le liquide et la poudre restée en suspension ; le malade aura été mis à la diète depuis la veille ; si après deux à trois heures d'attente aucune déjection alvine n'a lieu, on peut exciter et aider l'expulsion du ver au moyen de purgatifs (eau de Vichy, huile de ricin ou de croton tiglium).

J'ai cru utile d'apporter une modification importante au procédé pharmaceutique que je viens de décrire, en le remplaçant par l'infuso-décocté *filtré* des fleurs de kousso, comme il a été dit plus haut ; eh bien ! le traitement ainsi continué pendant plusieurs jours n'a pas abouti, et ce résultat me prouve que l'infuso-décocté est totalement privé de ses propriétés vermicides. J'ai donc suivi le mode de préparation adopté par tous les praticiens, et j'ai atteint le but que je m'étais proposé.

Il résulte encore du fait clinique qui précède, que la fleur de la *Brayera anthelminthica* est sans valeur médicale contre l'ascaride lombricoïde ; car, pour détruire ce dernier entozoaire, j'ai été obligé de faire usage de la tisane de *spigelia anthelminthica*, et après du protoxyde de mercure donné à une dose élevée.

En soumettant la présente note à l'appréciation de l'honorable Assemblée, je n'ai pas la prétention de déduire des conclusions définitives d'un fait clinique isolé ; cependant il n'échappera à personne, que le même fait présente des renseignements dont l'utilité est incontestable, en ce sens qu'il tend à prouver que les maladies vermineuses en général ne cèdent pas aux vermifuges appliqués indistinctement ; d'ailleurs, l'expérience démontre tous les jours que le médecin appelé à les combattre doit savoir faire un choix de celle de ces substances thérapeutiques que l'observation lui indique comme la plus

(1) Voyez l'ouvrage de Rochet-d'Héricourt, déjà cité. Cette circonstance particulière explique la difficulté de se procurer ce médicament précieux et son prix élevé.

efficace contre l'espèce d'helminthe reconnu par ses caractères zoologiques différentiels. Si à l'égard des maladies helminthiques de l'homme la thérapie est plus avancée que le diagnostic, je pense que c'est un motif de plus pour s'attacher à l'étude de tous les deux, afin de combler une lacune dans la science, lacune qui subsiste encore aujourd'hui malgré les nombreux et remarquables travaux des helminthographes et des médecins praticiens.

— Cette note est mise en discussion.

— M. FRANÇOIS : Je ne m'attendais guère à prendre la parole à propos du cas d'helminthiase que vient de nous communiquer M. le professeur Van Coetsem ; mais la valeur qu'il lui donne et les réflexions dont il l'accompagne m'engagent à vous exposer au sujet des vers intestinaux quelques vues que vous ne trouverez peut-être pas sans intérêt, et qui, en tout état de choses, me serviront à combattre certaines opinions émises par notre honorable collègue.

M. Van Coetsem insiste beaucoup sur l'extrême rareté de la coexistence de différentes espèces de vers, et spécialement du *tænia* et d'ascarides lombricoides dans le tube digestif de l'homme. Si ces parasites étaient produits et se reproduisaient de la même manière dans les organes qu'ils habitent, et s'ils y prenaient leur plein et entier développement, peut-être pourrait-on s'expliquer pourquoi ils paraissent se repousser ; mais c'est parce qu'ils sont engendrés, qu'ils croissent et se complètent dans des conditions totalement différentes que je ne puis admettre l'espèce d'antagonisme qu'on semble dire exister entre eux. Longtemps le mode de production des vers intestinaux a été un mystère, et l'impossibilité de l'expliquer d'après les lois ordinaires de la physiologie a été un des grands arguments des partisans encore nombreux des créations spontanées. Ce dernier refuge leur est enlevé aujourd'hui qu'il est démontré d'une manière non douteuse qu'ainsi que le disait déjà Harvey, tout ce qui a vie provient d'un œuf : *Omne vivum ex ovo*... Il en est, sous ce rapport des helminthes observés dans toute la série animale, comme des animaux eux-mêmes ; seulement, pour ne parler que du *tænia* et des lombricoides particuliers à l'homme, leur premier germe, leur œuf, pour vivre, se développer et parvenir à l'état complet, exige des conditions et des circonstances qui sont loin d'être identiquement les mêmes. Ainsi, en ce qui concerne les lombricoïdes, il est prouvé que leurs œufs, déposés à la surface de la terre ou ré-

pandus dans l'eau, peuvent y rester presque indéfiniment, jusqu'à ce qu'introduits dans les voies digestives avec certains aliments ou l'eau elle-même, ils y éclosent, croissent et s'y reproduisent, s'ils y rencontrent des conditions favorables ; et c'est parce que celles-ci sont en certains cas réunies en plus ou moins grand nombre que les affections vermineuses deviennent quelquefois si fréquentes, même épidémiques, comme cela se voit surtout à la campagne chez les enfants des familles pauvres qui, dans les temps de cherté des vivres, se nourrissent de crudités... Il en est tout autrement pour le ver dit solitaire. Ce parasite, avant de devenir tænia, tel que nous le connaissons, doit subir de singulières métamorphoses ; il fait partie de ce qu'on nomme aujourd'hui les générations alternantes. Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je développe ce merveilleux mode de reproduction d'existence et d'évolution de certains êtres ; il a été naguère exposé dans la *Gazette médicale de Paris*, par un savant dont le nom m'échappe. Je ne puis toutefois pas me dispenser de vous dire qu'il résulte de l'observation et des recherches des zoologistes que les œufs, dont le corps des tænia regorge, ne peuvent éclore et se développer en cet état, comme œufs, dans le tube digestif de l'homme ; ils doivent préalablement, pour le faire, passer dans un autre animal, être pris, avalés par un autre animal, et il paraît que le porc est de tous les animaux celui, peut-être même le seul, chez qui l'éclosion et la première métamorphose s'opèrent surtout : manger de la viande de porc crue ou peu cuite est donc s'exposer à être affecté du tænia... Le fait est, que je l'ai rencontré plus d'une fois chez des charcutiers et des cuisiniers. Quoi qu'il en soit, réintroduit dans le tube digestif de l'homme, son point de départ, ou dans d'autres organes, et réintroduit après avoir déjà subi une transformation, le tænia se comporte dans les intestins comme vous le savez. Si je ne craignais d'être trop long, je vous dirais encore que le tænia n'est pas un être isolé complet, mais un être composé, une longue série d'individualités particulières, dont la première, ce qu'on désigne pour être ordinairement la tête, diffère totalement des segments ou cucurbitains qui la suivent.

Chose curieuse, cette tête, produit d'une transformation et qui a été cisticerque au sein d'un viscère, est dans l'intestin, un corps, nommé scolex par M. Van Beneden, composé d'une extrémité armée de crochets très-aigus, sous lesquels se trouve un renflement muni des quatre ventouses décrites depuis long-

temps. Ce scolex est dépourvu de sexe, mais il se reproduit par bourgeons, ou mieux de sa partie inférieure, ou celle qui est apposée aux crochets, naissent, germent, bourgeonnent des vésicules qui, se développant, constituent des segments ou cucurbitains, lesquels une fois formés et pourvus, eux, d'organes de la génération des deux sexes, procréent et produisent une multitude d'œufs qui se noient dans les segments.... A un premier segment en succède un autre et ainsi de suite, en nombre infini. Ces segments qui adhèrent le plus souvent entre eux, *semblent* former un tout, un seul animal ; mais il est bien démontré, que chaque segment peut vivre et vit en effet pour son propre compte et est un individu à part. On a dit et répété depuis longtemps que c'était en vain que des portions mêmes considérables de tænia étaient rendues si la tête restait dans l'intestin ; c'est qu'effectivement, et cela se conçoit très-bien, après les développements qui précèdent, rien n'est fait, lorsqu'on vise à expulser le parasite, si l'on n'a pas chassé le scolex, source inépuisable des cucurbitains... Vous comprenez maintenant comment des êtres, les lombrics et les tænia, qui diffèrent tant sous le rapport de leur organisation et de leur mode de génération peuvent exister en même temps dans le tube digestif... Des circonstances bien connues, bien déterminées favorisent l'éclosion, le développement et la multiplication des uns ; les conditions propres à l'apparition des autres sont toutes exceptionnelles, spéciales, et j'attends l'occasion de donner des explications à ce sujet. En résumé, Messieurs, je reste convaincu et par le raisonnement et par l'expérience, que la coexistence de lombrics et du tænia dans le canal digestif de l'homme est chose assez fréquente, mais qui n'attire généralement pas l'attention.

— M. LOMBARD : Je ne m'occuperai pas de la théorie émise par M. François relativement à la génération du ver solitaire. Je dois penser, d'après ce qui vient d'être dit, que le premier cochon et le premier homme ont eu le ver solitaire. (*Hilarité.*)

— M. FRANÇOIS : La première création ne vient pas de l'homme, elle vient de Dieu.

— M. LOMBARD : Je n'entrerai pas dans cette discussion ; mais pour que l'honorable M. François eût raison, il faudrait qu'il fût démontré que dans les pays où il n'y a pas de cochons, il n'y a pas de ver solitaire. Je ne traiterai pas cette question, parce que je n'y connais rien.

Commencant par où a fini l'honorable M. Van Coetsem, je

ferai d'abord une observation relativement au traitement. Tous ceux qui se sont occupés des moyens thérapeutiques propres à détruire les vers, ont posé, surtout relativement au tænia, une loi : c'est que, pour qu'il y ait succès, il faut que le vermicide ou le vermifuge soit administré à une certaine époque, à l'époque où l'individu rend des fragments de tænia, à l'époque où il éprouve ce prurit anal que le tænia développe quelquefois, et que, hors de cette époque, il y a presque toujours insuccès dans l'administration du remède. Je ne pense pas que notre honorable collègue ait fait attention à cela, et il se pourrait que les insuccès qui ont eu lieu d'abord dépendissent de ce qu'il n'avait pas choisi le moment convenable de l'administration du remède. (*Interruption.*)

Ce n'est pas une critique que je fais, je rappelle un principe de thérapeutique et rien de plus. D'ailleurs, croyez bien que je ne tiens ni au précepte que je rappelle ni à tous les préceptes que l'on pourrait me donner relativement à l'emploi des vermicides et des vermifuges, parce qu'il y a à peu près quarante ans que je n'en ai administré aucun.

Ainsi, ce n'est pas pour vous parler de l'administration des vermifuges que j'ai pris la parole; c'est, au contraire, pour vous dire qu'on peut s'en passer, pour vous dire que le tænia comme maladie est un rêve et que la maladie que notre honorable collègue a traitée n'était pas une maladie, à moins que vous ne veuillez considérer ce sujet comme atteint d'une helminthomanie. C'est comme cela que je dénommerai la maladie dont on nous a si savamment rendu compte. Cette femme était inquiète de son ver; son inquiétude allait jusqu'à la folie, il y avait monomanie et monomanie relativement au ver; c'était donc une helminthomanie. Son inquiétude la troublait à ce point qu'elle avait des attaques d'hystérie. Eh bien ! j'ai rencontré beaucoup de cas semblables, et je n'ai pas donné de vermifuge. J'ai sous mon observation actuelle quarante personnes, à Liège, qui ont le ver solitaire, les unes jeunes, les autres d'un âge moyen, les autres très-avancées en âge. Toutes ces personnes sont venues à moi pleines d'inquiétude : elles venaient de découvrir qu'elles étaient atteintes du ver solitaire. Beaucoup sans doute avaient ce ver depuis des années; car c'est ordinairement le hasard d'une évacuation en plein air qui vous fait connaître l'existence du ver solitaire. Hors de là, vous ne savez pas que vous avez le ver solitaire, à moins qu'on ne veuille admettre que les symptômes qu'on attribue à ce

ver sont réels. Mais je dis qu'ils sont imaginaires, et la preuve, c'est que tant qu'un malade n'aura pas rencontré un médecin qui lui aura demandé : Éprouvez-vous tel pincement ? éprouvez-vous ce sentiment de reptation, ces tiraillements ? avez-vous cette faim, ces dyspepsies, ces troubles digestifs ? il ne viendra pas vous dénoncer ces symptômes ; et en effet, il n'y a pas un de ces symptômes, je le répète, qui ne soit imaginaire. Le malade dont la sensibilité s'exalte, dont l'inquiétude est portée très-haut, ressent-il le moindre mouvement dans les intestins, un borborygme ? c'est le ver solitaire. Ressent-il une légère colique ? c'est le ver solitaire qui mord, c'est le ver solitaire qui est accroché. Considérez, Messieurs, l'effet de ces crochets qu'on ne peut voir qu'au microscope, et vous ne vous inquiéterez guère du ver solitaire.

J'en viens aux faits. Je vous disais que j'ai quarante malades en observation, et que je me suis refusé à toute administration de vermifuge. Ce sont des personnes de Liège dont la santé est florissante, qui ne sont jamais malades, qui n'ont jamais de coliques et qui, cependant, rendent fréquemment de petits fragments de ver solitaire.

La première fois que j'ai été mis sur la voie de cette vérité, c'est à l'occasion de la nécroscopie d'un homme extrêmement âgé ; il était à peu près centenaire. Cet homme, que j'avais connu et qui toujours s'était vanté de sa santé, qui m'avait répété sans cesse que jamais il n'avait eu de maux d'estomac, mourut à l'hôpital. Je voulais voir le cadavre pour étudier l'état sénile au point de vue anatomique ; on l'examine, on trouve un ver solitaire épouvantable pour ceux qui en ont peur, accroché ! (*Hilarité*). Oui, accroché ! Et cet homme était arrivé à cent ans ; il avait toujours joui de la plus belle santé ; jamais il n'avait eu de coliques, jamais il n'avait ressenti ces pincements dont on vous a parlé tout à l'heure. J'ai dû me dire alors que ce ver n'était pas si terrible puisqu'il permettait de vivre cent ans.

Depuis lors, j'ai marché dans cette voie d'observation et je suis arrivé à ce résultat que je viens de vous dire, que ceux qui souffrent lorsqu'ils ont le ver solitaire, souffrent parce qu'ils sont inquiets ou parce que les remèdes qui leur ont été administrés et qui souvent ont échoué, ont produit des altérations. Avant le remède nouveau, le koussou, on administrait des remèdes vraiment dangereux, des remèdes irritants, tels que l'étain, le mercure vif, mélangé à d'autres substances, l'arsenic, ... qui laissaient chez les personnes qui en avaient fait usage, des traces de leur passage dans

les voies digestives; et j'ai constaté que c'était à dater de l'époque où l'on avait employé les vermifuges que ces personnes avaient commencé à souffrir. Avant cela, rien, absolument rien, et je défie que l'on me montre un homme qui a le ver solitaire sans qu'il le sache, et qui renseigne un des symptômes qu'on vient d'indiquer.

Je suis arrivé, Messieurs, à penser comme Brown : vous avez des vers, parce que vous êtes malade ; mais vous n'êtes pas malade, parce que vous avez des vers. Je crois que rien n'est plus vrai que cette proposition de Brown, et j'ai des faits qui sont tout en sa faveur. Si je ne craignais d'abuser de votre temps, j'en citerais quelques-uns. En voici un que je ne puis me refuser au désir de vous exposer : un garçon de douze ans, jouissant de la santé la plus parfaite, est atteint d'une fièvre typhoïde nommée fièvre muqueuse. Dans cette forme la maladie est lente ; elle a une longue durée. Au moment de l'invasion, qui fut brusque, le jeune garçon, comme je viens de le dire, jouissait d'une bonne santé ; son régime était celui d'une bonne maison où rien ne manque ; ce n'était pas un enfant de la classe pauvre ; tous les jours il prenait des viandes et du vin, régime bien propre à éloigner les vers. Au quarantième jour, et alors que la fièvre était usée, dirai-je, il expulse quatre-vingt-onze vers lombrics ; non pas des jeunes, comme notre honorable confrère l'a indiqué, mais de grands vers ; ils étaient en pelotte, en masse.

De deux choses l'une : ou vous admettez que ces vers se sont développés dans le cours de la maladie, ou vous admettez qu'on peut vivre en très-bonne santé avec quatre-vingt-onze vers lombrics d'un grand volume dans le ventre. Mais je suis persuadé que ce garçon n'avait pas de vers avant la maladie et que c'est dans le cours de l'affection qu'ils se sont développés. Cependant, ce n'était pas une maladie vermineuse, puisque c'était une entérite folliculeuse, et je ne crois pas que jamais personne ait pensé à attribuer l'entérite folliculeuse à la présence des vers.

Des faits de l'espèce ne viennent-ils pas à l'appui de l'opinion que l'on a des vers parce qu'on est malade, mais qu'on n'est pas malade parce qu'on a des vers ? S'il n'en était pas ainsi, mes clients qui ont le ver solitaire ne deviendraient-ils pas malades ? Je les conserve, parce que je leur dis : « Ce ver est votre santé, c'est votre vie ! Tant mieux que vous l'ayez ; on vit longtemps avec cela et vous ne serez jamais malade que lorsque vous ferez des remèdes pour le combattre. » Si je me trompais, ces personnes éprouveraient des accidents, et je vous prie de croire qu'il ne leur en est jamais survenu.

— M. MARESKA : Messieurs, j'ai eu, comme beaucoup d'autres, occasion de traiter quelques personnes atteintes du tænia. Ce que j'ai observé me porte à considérer l'opinion que vient d'avancer notre honorable collègue, M. Lombard, comme beaucoup trop exclusive.

J'ai rencontré des malades qui, quoiqu'affectés du ver solitaire, n'éprouvaient, en effet, aucun dérangement dans aucune fonction ; mais, par contre, j'en ai vu qui, après avoir couru les médecins, pendant des années, pour des maux réels dont ils ignoraient la cause, ont été guéris dès que l'existence du tænia a été reconnue et que cet hôte incommode a été éliminé. Je pense donc que le tænia peut exister sans faire éprouver des symptômes fonctionnels prononcés, mais que, dans beaucoup de cas, il produit des maux qui sont loin de n'exister, comme le dit M. Lombard, que dans l'imagination de ceux qui les éprouvent.

Ce que je viens de dire du tænia s'applique à plus forte raison aux vers lombricoïdes, qui donnent lieu très-souvent à des symptômes graves qu'on aurait bien tort de ne pas combattre par des vermifuges.

L'honorable M. Lombard dit « que l'on a des vers parce que l'on est malade et qu'il ne faut pas croire que l'on est malade parce que l'on a des vers », et il en conclut que l'on ne doit rien faire. Il y a là évidemment un défaut de logique. Que les vers soient cause ou effet, peu importe ; il suffit que l'on soit malade pour que l'on ait à suivre un traitement, et celui-ci, le plus souvent, devra consister d'abord à évacuer les vers, sauf à traiter ensuite la maladie qui occasionne leur présence. Les cas de typhus avec production abondante de vers sont des exemples exceptionnels qui n'infirment pas la règle générale.

J'en viens maintenant au Mémoire de l'honorable M. Van Coetsem que l'on peut résumer en ces mots : existence simultanée du ver solitaire et des vers lombricoïdes, rareté de cette coexistence, efficacité du koussou contre le tænia, nécessité de recourir à d'autres anthelminthiques pour détruire les autres vers.

L'honorable M. François a longuement examiné la première proposition. Je crois que l'on doit admettre avec lui qu'il n'y a pas de raisons connues pour considérer comme incompatible la coexistence des deux espèces de parasites.

Quant à l'efficacité du koussou contre le tænia, nous devons savoir gré à M. Van Coetsem d'avoir attiré sur ce point l'attention des praticiens. Le koussou jusqu'ici a été peu employé en Belgique

et mérite d'être plus connu. J'ai également fait usage de ce remède et avec un plein succès dès la première dose. Le kousso se donne en poudre. Le principe actif paraît n'être pas soluble dans l'eau, et c'est pour cette raison que M. Van Coetsem n'a obtenu aucun effet ni de l'infusion ni de la décoction. Je dois ajouter que je n'ai eu recours à ce médicament qu'après avoir employé chez le même malade l'écorce de grenadier. Cette remarque n'est pas tout à fait indifférente. Je tiens de M. le docteur Huss, de Stockholm, qu'en Suède, où le *tænia* est endémique en plusieurs endroits, les médecins ont observé que le kousso ne réussit bien que lorsqu'il succède à d'autres remèdes qui déjà ont rendu le ver malade ou que déjà des morceaux ont été expulsés. Cette observation tendrait à démontrer que le kousso n'échappe point au principe, posé tout à l'heure par M. Lombard, concernant l'opportunité de certaines époques pour l'administration des vermifuges.

— M. VAN COETSEM : L'honorable M. Lombard a nommé le cas que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'honorable Assemblée, une helminthomanie. L'helminthomanie, c'est une aliénation mentale, c'est une maladie qui peut exister tout aussi bien que les autres genres d'aliénation mentale. Mais lorsqu'un malade se plaint de divers symptômes dans la cavité abdominale, lorsque ces symptômes se répètent souvent, lorsqu'ils suivent en quelque sorte une marche qu'on peut prévoir, qu'on peut pressentir, lorsqu'on oppose inutilement à ces symptômes tous les moyens thérapeutiques que l'on juge nécessaires pour combattre la maladie, on doit sans doute en conclure qu'il y a là une cause directe ou indirecte qui entretient l'affection abdominale, cette névrose si l'on veut, cette helminthomanie, si l'on croit devoir l'appeler ainsi.

Messieurs, j'ai deux faits qui prouvent les heureux résultats de l'emploi des fleurs du kousso. Le second malade, dont je n'ai pas parlé à l'Académie, était réduit au dernier degré de maigreur ; il est venu demander, à l'hôpital civil de Gand, qu'on le délivrât de sa maladie, parce que, déjà depuis un an, il s'était aperçu qu'il perdait toutes ses forces et que malgré la grande quantité d'aliments de bonne qualité qu'il ingérait chaque jour, il n'avait pu réussir à reprendre son embonpoint normal.

Dans ces circonstances, avant de prescrire un vermifuge on un *tænicide*, je prends toujours la précaution de m'assurer que le ver solitaire existe, et dans ma conviction peu importe l'époque à laquelle l'emploi du *tænicide* sera fait ; je crois que la grande question est d'établir physiquement la présence du ver dans l'in-

testin. Or, comment peut-on établir cette présence? C'est lorsque le malade évacue des tronçons du ver.

Une autre précaution que je prends toujours, c'est lorsque quelques segments ont été évacués, de les envoyer au professeur d'histoire naturelle qui les examine au microscope; en agissant ainsi, je connais d'une manière positive, par les caractères zoologiques bien constatés, l'espèce du *tænia*; celui dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie était le *tænia solium*.

Ceci étant fait, j'emploie deux substances thérapeutiques auxquelles j'ai donné jusqu'à présent la préférence, parce que la plupart des autres dont je me suis servi contre le *tænia* et même quelquefois contre les *ascarides lombricoides*, ne m'ont pas donné de résultat avantageux. L'une de ces deux substances est l'écorce fraîche de la racine du grenadier sauvage, choisie avant le moment de la floraison; car une fois que la floraison est terminée, que le fruit se développe dans l'ovaire, on ne peut plus compter sur l'action thérapeutique vermicide de la racine de grenadier sauvage. On peut compter encore moins sur cette action, lorsqu'on prend l'écorce desséchée dans les officines des pharmaciens, tandis qu'on obtient des résultats très-favorables de l'emploi de l'écorce fraîche de la racine de l'arbre susdit préparée en décoction. J'ai recueilli cette année deux faits cliniques où j'ai employé ce médicament avec succès; mais comme ils se rattachent à de nombreux faits cliniques identiques déjà publiés depuis longtemps, je me suis abstenu d'en faire mention.

Les fleurs de kousso, comme vient de vous le dire l'honorable M. Mareska, sont rarement employées en Belgique; je ne les connais moi-même que depuis deux ou trois ans, de nom seulement, par la lecture que j'ai faite des mémoires présentés à l'Académie de médecine de Paris, et par les écrits qu'ont publiés les deux savants dont j'ai fait mention dans ma note. Depuis, j'ai consulté quelques ouvrages de pharmacie très-modernes, qui en font également mention. Avant l'application aux deux cas dont l'un est soumis à l'appréciation de l'honorable Assemblée, je n'avais pu recueillir aucun fait clinique propre à éveiller mon attention sur ce vermicide précieux.

Eh bien! je dis que, dans mon opinion, les fleurs de kousso tuent le ver solitaire et le *tænia solium*, et que lorsqu'on laissera subsister chez les malades tels que ceux que j'ai traités, ces vers sans employer aucun moyen thérapeutique pour les tuer et les faire évacuer, les malades devront nécessairement périr.

La femme dont j'ai fait mention, était complètement affaiblie ; elle était devenue pâle et extrêmement maigre ; c'était cependant une paysanne d'une constitution assez robuste et née de parents très-sains. De même pour le second fait qui se présente aujourd'hui à la clinique de l'hôpital civil de Gand, le malade était, avant d'avoir pris les fleurs de kousso, devenu d'une maigreur extraordinaire, malgré la ration d'excellents aliments qu'on lui donnait, à tel point que si l'on avait laissé subsister le ver, et par conséquent la maladie causée par sa présence, je ne doute pas que cet homme ne fût devenu hydropique. Dans cet état de choses, j'ai donné encore une fois l'infusion de kousso, en y laissant la poudre en suspension, et le malade a évacué avec les matières alvines un énorme *tænia lata* offrant tous les caractères zoologiques qui le distinguent.

Je pense que ce second fait, analogue au premier, aura le même résultat définitif ; à savoir que l'expulsion du ver et surtout de la tête étant effectuée, cet homme sortira de l'hôpital bien portant après avoir, au moyen d'un régime alimentaire substantiel, restauré ses forces épuisées par la maladie.

— M. FRANÇOIS : L'opinion que vient d'émettre l'honorable M. Lombard a une grande importance pratique à mes yeux. Il en résulte effectivement qu'il faut respecter les vers intestinaux quels qu'ils soient, qu'il faut n'y pas toucher. Je ne discuterai pas cette question ainsi considérée d'une manière générale, mais j'ai quelques réflexions à vous soumettre en ce qui concerne le *tænia*, et les travaux des zoologistes modernes m'ont singulièrement favorisé à cet égard. D'abord il paraît assez prouvé que le ver solitaire ne produit réellement pas de symptômes qui lui soient propres, et d'autre part j'ai vu que des personnes que l'on débarrassait de ce parasite, lorsqu'elles le portaient depuis très-longtemps, n'étaient pas seulement malades par suite des remèdes, mais étaient malades..... peut-être parce qu'elles n'avaient plus le ver solitaire... Celui-ci agirait-il comme une sorte d'exutoire chez certains sujets qui sont habitués à sa présence ? Le fait n'en est pas moins très-réel (1).

Permettez-moi de vous présenter à propos des *tænia*s quel-

(1) Depuis que j'ai prononcé ces paroles devant l'Académie, un savant zoologiste de mes amis, m'a dit avoir lu qu'en Égypte, où les *tænia*s sont très-communs, les individus qui les portent ne font rien pour en être débarrassés. D'autre part le docteur Aubert assure qu'en Abyssinie, hommes, femmes et enfants ont tous le ver solitaire, qu'ils conservent toute leur vie sans être tourmentés. On peut consulter à ce sujet les *Mémoires de l'Acad. de méd. de Paris*, t. IX.

ques remarques qui ne laissent pas que d'être curieuses. Le *tænia*, assez rare dans l'espèce humaine, est très-commun chez les carnivores ; ceux-ci, vivant les uns des autres, ingèrent les œufs ou plutôt les germes que renferment les animaux qu'ils dévorent. Ces germes avalés peuvent se développer, alors qu'ils ne le pouvaient pas chez le sujet où ils s'étaient primitivement formés. Fait remarquable : on ouvre peu de chats et de chiens qui ne nourrissent à la fois un plus ou moins grand nombre de *tænias*. La plupart des poissons qui vivent sur nos côtes et qui font les délices de nos repas en sont aussi gorgés, mais d'espèces particulières. On ne sert pas sur nos tables un seul turbot dont le tube digestif ne soit littéralement farci de ces parasites. Il paraît que cet état est normal chez ce genre de poissons, car s'il était une maladie pour eux, ils périraient très-probablement. D'après les considérations qui précèdent, je ne serais pas loin d'admettre qu'on peut se dispenser d'administrer des remèdes aux personnes atteintes de *tænia*. Mais, en ce qui concerne les ascarides lombricoides, je ne suis plus du même avis et j'ai été témoin d'un bon nombre de faits qui m'obligent en conscience à déclarer qu'il y aurait danger à ne pas les expulser. Le médecin a d'ailleurs à sa disposition, pour atteindre ce but, des moyens qui ne sont nullement nuisibles. J'ai vu, et vous avez probablement vu tous, des convulsions et d'autres accidents très-sérieux dus à la présence de ces vers ; or, il m'est arrivé de voir ces accidents cesser pour ainsi dire à volonté. Je traiterai donc et n'hésiterai jamais à traiter des cas de cette nature ; mais pour le *tænia*, je m'en abstiendrai. Je le fais cependant, mais seulement quand on l'exige.

— M. LEBEAU : Messieurs, j'ai quelques mots à dire pour balancer un peu dans vos esprits, si c'est possible, ce qu'il y a de par trop absolu dans l'assertion de l'honorable M. Lombard. Je crois comme lui et comme la plupart d'entre vous, qu'on a donné trop d'importance à la présence des vers soit lombrics soit *tænias* dans les voies digestives, et que souvent on a occasionné des maladies en combattant l'existence d'un être qui n'est peut-être pas aussi nuisible qu'on le croit. Cependant je puis citer un fait qui indique que la présence du *tænia* dans les entrailles peut occasionner des accidents,

Au commencement du printemps, une jeune dame anglaise habitant Bruxelles, et mariée depuis dix ans, se crut enceinte. Néanmoins les règles continuaient à fluer ; la dame maigrissait ; elle avait des nausées ; le ventre gonflait. A cela près, la santé

était très-bonne, l'appétit excellent, les garderobes régulières. Vers la fin du cinquième mois, le ventre avait acquis un développement assez considérable pour qu'on crût la grossesse certaine, et il y avait des mouvements que cette dame rapportait à l'ombilic et sur lesquels elle insistait toujours. Un jour sa femme de chambre apporte un fragment de *tænia*. J'administre le koussou. La jeune personne rend un *tænia* considérable et huit ou dix jours après, la santé était rétablie et sa taille revenue à son état normal.

Un cas de cette nature me paraît assez important pour qu'on s'occupe, dans un cercle restreint peut-être, de la présence du *tænia*.

Il n'est pas de praticien, arrivé à un certain âge, qui n'ait vu chez des enfants quelques phénomènes qui semblaient indiquer la présence des vers, une altération de la nutrition, un travail morbide dans l'intestin. Je sais qu'il est impossible d'établir un diagnostic certain sur ces phénomènes; nous avons à cet égard l'autorité d'un médecin célèbre, M. Rostan, qui convient que sans la présence du ver, il est impossible de diagnostiquer. Mais je dis que lorsqu'on s'est assuré de cette présence, il est prudent de donner un remède qui, je dois le dire, agit dans cette circonstance sans produire un effet nuisible, et n'a que l'inconvénient, pour certaines classes de personnes, d'être un peu cher.

L'honorable M. Lombard vous fait un raisonnement qui manque un peu de logique, quand il dit: Les vers sont le résultat de la maladie, mais la maladie n'est pas produite par les vers. Cela est vrai; mais on pourrait dire la même chose d'une foule de produits morbides qui viennent troubler l'économie et qui exigent qu'on s'en occupe. Ainsi, l'on sait très-bien que la pierre n'est produite que par l'effet d'une maladie antérieure, et cependant si l'on ne débarrassait pas les individus de la pierre, ils continueraient à souffrir, les causes qui l'ont produite fussent-elles dissipées. Il en est de même d'une foule de circonstances semblables. Vous voyez des épanchements pleuraux persister longtemps après la guérison de la pleurésie.

Je crois donc que sans donner trop d'importance à la présence du *tænia*, on ne peut pas prétendre, comme l'a fait notre honorable collègue, qu'il fait vivre jusqu'à cent ans. Il faut s'en débarrasser lorsque sa présence est nuisible et surtout lorsqu'elle produit des accidents.

— M. PÉTRY : Messieurs, j'ai aussi quelques exemples relatifs à la présence des vers dans les animaux domestiques, et je ne suis pas de l'avis de l'honorable M. Lombard, que les vers sont des

hôtes constamment innocents. Souvent, depuis vingt-cinq ans, j'ai été appelé chez des cultivateurs, pour donner mes soins à des animaux qui souffraient de coliques ou qui maigrissaient considérablement, nonobstant une nourriture abondante. Dans la plupart des cas j'ai fait donner à l'animal des carottes ; j'ai obtenu de cette nourriture des résultats très-favorables et souvent l'évacuation de centaines de lombrics. D'autres fois, j'ai dû avoir recours à des anthelminthiques plus ou moins énergiques, et je suis arrivé à rétablir les animaux de leur maigreur et à faire disparaître les coliques dont ils étaient atteints. Je ne sache pas cependant qu'un animal puisse s'inquiéter de la présence de vers dans son estomac ; le moral chez les animaux n'a pas d'action ; ils ne peuvent pas s'imaginer qu'ils ont des vers lorsqu'ils n'en ont pas.

Je me rappelle un fait qui s'est passé à Utrecht lorsque j'y faisais mes études avec l'honorable M. Verheyen. Un cheval nous fut amené ; il était très-maigre ; il vint à périr et on trouva dans le corps des vers qui sont conservés dans des bocaux à l'école d'Utrecht ; si ma mémoire est bonne, ces vers étaient au nombre de six cent quatre-vingts ; c'étaient des lombrics.

Il y a trois jours, j'ai été appelé à Liège chez un louageur de voitures, qui avait deux chevaux extrêmement malades, près de succomber. Cet homme avait négligé, comme cela arrive fréquemment chez les gens de cette classe, de consulter le vétérinaire. Voyant les animaux sur le point de périr, j'ai cru devoir lui déclarer qu'il fallait renoncer à les soigner, afin de ne pas lui occasionner des frais inutiles. Il est venu avant-hier me prier d'aller, par curiosité, m'assurer de la cause de la mort. Les lombrics se trouvaient par milliers dans l'intestin.

Quoique bien nourris ces chevaux étaient parvenus à un tel degré d'amaigrissement qu'à peine pouvaient-ils se soutenir.

Je tenais à vous communiquer ces faits, parce que je pense que dans certains cas on ne peut pas considérer comme parfaitement innocente la présence des vers, lorsqu'ils sont en grand nombre, et qu'ils amènent chez les jeunes animaux, des troubles fonctionnels.

— M. LOMBARD : Messieurs, je ne m'attendais pas à ce que l'opinion que j'ai émise et qui est si diamétralement opposée à tout ce qui est admis, trouverait ici tant de renfort. Je suis réellement heureux qu'un praticien tel que M. François me soit venu en aide. M. François en convient ; il vous dit qu'il n'est pas nécessaire de donner des remèdes pour expulser le ver solitaire.

M. Lebeau partage cette opinion ; seulement il pense comme M. François que, quant aux lombrics, il faut amener leur expulsion.

Vous voyez, Messieurs, que ma cause est gagnée. Comment ! il ne faut pas craindre le ver solitaire, ce ver qui a effrayé l'Europe. (*Hilarité.*) Tous, vous avez vu des malades venir vous dire avec effroi : N'aurais-je pas le ver solitaire ? Ceux qui l'ont se croient perdus. Oui, le ver solitaire a effrayé et effraie encore. Eh bien ! M. François me vient en aide ; M. Lebeau vient dire avec moi : Il n'est pas nécessaire de s'en occuper. Ma cause est donc gagnée ; la cause du ver solitaire est gagnée. (*Nouvelle hilarité.*) On le laissera tranquille et l'on ne chagrinerà plus les malades par des remèdes inutiles.

Mais si ces honorables collègues pensent comme moi à l'égard du ver solitaire, je ne m'explique pas la dissidence à l'égard de vers qui sont considérés comme peu de chose à côté du ver solitaire. Les ascarides lombricoïdes, on s'en moque ; mais on ne s'est jamais moqué du ver solitaire. Comment comprendre que ces messieurs, d'accord avec moi sur le fait capital, ne soient plus de mon avis, lorsqu'il s'agit d'une niaiserie ? Car les ascarides lombricoïdes ne sont rien, de l'avis de tous ceux qui ont traité des personnes atteintes de vers, à côté du ver solitaire.

Mais examinons quelques-uns des arguments qu'on a fait valoir.

J'ai dit qu'on avait des vers parce qu'on était malade, et qu'on n'était pas malade parce qu'on avait des vers ; c'est-à-dire, qu'un sujet malade, par l'effet de sa maladie, voyait venir en lui des vers ; mais que la maladie n'était jamais ni diminuée par l'expulsion de ces parasites, ni aggravée par leur apparition, et que c'étaient les symptômes de la maladie qui avait été l'occasion de la formation des vers, qui étaient pris pour des symptômes d'une maladie vermineuse. Cette opinion n'est pas mienne ; je ne m'en fais pas honneur ; je vous ai dit qu'elle appartient à Brown, et Brown était un judicieux observateur. Eh bien ! tout ce qu'on a dit jusqu'à présent n'a pas ébranlé cette opinion de Brown.

M. François a vu un sujet qui avait des ascarides.

— M. FRANÇOIS : J'en ai vu dix, j'en ai vu vingt.

— M. LOMBARD : Je cite le cas que vous avez indiqué.

M. François nous a exposé le cas d'un sujet qui avait eu une gastrorragie et ce sujet avait des vers. On a chassé les vers, la gastrorragie a cessé, et M. François conclut que c'est à cette expulsion des vers qu'il doit la guérison de son malade.

Mais, Messieurs, tous les jours on voit des gastrorragies, et en avez-vous jamais vu continuer à moins que le malade ne soit mort quelques moments après ? La gastrorragie cesse, l'hémorragie cesse ; on rejette du sang ; on le vomit ; il y a hématé-mèse ; et le plus souvent il passe du sang par les voies inférieures et le malade est guéri. Rien de moins dangereux donc en elle-même qu'une gastrorragie ; les faits de mort par cette maladie sont extrêmement rares. On meurt de toutes les maladies ; mais il est extrêmement rare que l'on ait vu succomber un malade à une gastrorragie, à moins qu'elle ne soit l'effet d'une lésion organique, d'une lésion dans l'estomac. Mais alors vous ne pouvez appeler cela une gastrorragie ; vous l'appellerez du nom de la lésion.

C'est ainsi que je raisonne, et le fait que vous citez ne prouve rien ; il ne prouve pas que le praticien doive s'occuper des vers ; il prouve seulement qu'un homme qui avait une hémorragie gastrique, avait des vers, et rien de plus.

Le traitement que je suis, je m'en trouve parfaitement bien ; il consiste à traiter la maladie qui a été peut-être l'occasion des vers, la maladie enfin dans laquelle il y a comme fait concomitant, la présence des vers ; et toutes les fois que vous arriverez à guérir un malade qui a des vers, de la maladie réelle qui le tourmente, les vers seront expulsés et vous n'aurez pas besoin de vermifuge.

Mais pour me faire bien comprendre, j'ai besoin de choisir un malade avec des vers contre lesquels je n'aurais pas administré des moyens provoquants, des évacuations, des remèdes que vous pourriez considérer ou comme vermifuges ou comme vermicides. Ainsi, Messieurs, tous les jours vous rencontrez cela comme moi, vous voyez des enfants de cinq à six ans dont le ventre est gros, ballonné, les membres amaigris, le teint pâle, etc. Ces enfants sont mal nourris, ils rendent des vers, les parents vous le disent. Dans l'opinion de ceux qui adoptent le traitement des vers, qu'y a-t-il à faire pour un enfant dans ces cas-là ? On lui donne un vermifuge, des purgatifs ; on emploie enfin des moyens qui viennent ajouter nécessairement à la détérioration de l'économie. Qu'est-ce au contraire que je fais en pareil cas ? Je tâche de donner une nourriture succulente, un peu de vin et de la bière. Je donne des martiaux ; et au bout de dix ou douze jours la pâleur diminue, l'activité reparait, les fonctions nutritives reprennent le dessus. Je n'ai pas donné de vermifuge ni de ver-

micide et pourtant les vers de tous ces petits enfants s'en vont. N'est-il pas vrai qu'en cas pareil (et ce cas est, je dirai, un critérium, tous sont semblables), en guérissant la maladie, on guérit les vers? Les vers sont les effets d'une cause. Guérissez la cause et les vers s'en iront.

Voilà, Messieurs, ma manière de voir; je la professe depuis bien des années, et les faits viennent chaque jour me confirmer de plus en plus dans cette opinion, de sorte que je crois qu'elle est l'expression d'une vérité qui finira par être reconnue par tous les observateurs. La discussion qui vient d'avoir lieu me permet de l'espérer.

— M. FRANÇOIS : Je demande la parole.

— PLUSIEURS MEMBRES : La clôture!

— M. SEUTIN : Si la discussion continue, j'aurai aussi quelques observations à présenter.

— La clôture de la discussion est mise aux voix et prononcée.

2. Restauration du périnée chez la femme, à la suite d'une rupture complète ancienne de cette partie; par le docteur VERHAGHE, chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende, membre correspondant de l'Académie.

Les cas de rupture du périnée ne sont pas aussi rares que le petit nombre d'essais entrepris jusqu'ici pour y remédier pourrait le faire croire. L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie, et qui est la quatrième de ce genre recueillie par moi depuis un an et demi, prouvera une fois de plus, j'aime à le croire, que, grâce aux efforts des chirurgiens modernes, la périnéo-plastique, si heureusement ressuscitée par M. Roux, peut être entreprise avec autant de chances de succès que s'il s'agissait d'une opération autoplastique ordinaire.

La malade qui fait le sujet de la présente communication est une dame de la province du Luxembourg, qui m'a été adressée par M. le docteur Molitor, d'Arlon. Elle est âgée de trente ans, d'une santé excellente, et mariée depuis trois ans. Elle accoucha pour la première fois le 19 juillet 1851, et, quoique l'accouchement ne présentât rien de particulier, le périnée étant probablement mal soutenu, ou offrant peut-être une rigidité peu commune, se déchira dans toute son étendue. La sage-femme ne s'aperçut pas d'abord de cet accident, et ce ne fut qu'à l'époque où la nouvelle accouchée commença à se lever, qu'elle remarqua, non

sans effroi, que les gaz intestinaux s'échappaient involontairement. Les matières fécales s'échappaient aussi de temps en temps, malgré tous ses efforts pour les retenir.

Une seconde grossesse survint, et, cette fois, l'accouchement, qui eut lieu le 16 décembre 1852, fut rendu laborieux par suite d'une présentation du bras qui nécessita la version. Cette opération eut, comme on le sent, pour conséquence d'aggraver la position déjà si malheureuse de cette dame, et lui fit désirer ardemment d'être délivrée de sa cruelle infirmité. C'est à cette occasion qu'elle alla consulter M. le docteur Molitor qui proposa à la malade de se rendre à Ostende pour y subir une opération, seul moyen de répondre à ses désirs.

Voici dans quel état les parties se présentèrent à mon observation : en écartant les grandes lèvres, on voyait la vulve se prolonger en arrière jusqu'à l'anus, dont la demi-circonférence antérieure était entièrement détruite. Les grandes lèvres étaient comme rétractées vers l'anus, et l'on voyait entre elles et cet orifice les traces de la cicatrisation des plaies produites par la rupture du périnée. La lésion s'était étendue jusqu'à la cloison recto-vaginale, dont le bord inférieur, formant le bord antérieur de l'anus, avait la forme d'un croissant à concavité inférieure. J'estime que la rupture avait intéressé cette partie dans une étendue de cinq à six lignes.

L'état général était des plus satisfaisants ; la dernière apparition des règles datait de dix jours seulement. Il n'y avait pas d'apparence de leucorrhée, ni d'affection utérine. Rien ne s'opposait donc à l'opération, laquelle fut pratiquée le 26 avril dernier, après toutefois que la malade y eut été convenablement préparée.

Je renverrai pour les détails de l'opération au Mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie et qui a été publié dans le tome XI du *Bulletin*, n° 9, me bornant à esquisser ici à grands traits les divers temps qui la composent.

Le premier temps, qui consiste à aviver le bord inférieur de la cloison recto-vaginale, fut exécuté promptement, par quelques coups de ciseaux, pendant que ce bord était tendu transversalement au moyen de deux pinces à dents de souris.

Le deuxième temps, formation d'un petit lambeau de membrane muqueuse détaché de la face antérieure de la cloison, n'offrait aucun obstacle imprévu et fut exécuté tout aussi rapidement que la délicatesse de cette partie de l'opération le per-

mettait. L'état d'hypertrophie, provoqué par l'irritation presque continuelle à laquelle la cloison était exposée par suite du contact des matières qui inondaient à chaque instant le vagin, prêtait ici singulièrement à la dissection du lambeau.

L'avivement des deux lèvres de la division, qui forme le troisième temps, fut opéré en enlevant de chaque côté un lambeau oblong très-mince du tissu muqueux. Je m'étais servi pour cela d'un petit bistouri et d'une pince à dents. Comme il restait encore dans le fond de la division anormale, près de l'anus, quelques points qui avaient échappé à l'instrument tranchant, le tissu muqueux y fut successivement soulevé par la pince et excisé au moyen de ciseaux courbes sur le plat.

L'écoulement sanguin avait été extrêmement modéré, et n'avait exigé d'autre moyen hémostatique que le contact répété d'une éponge trempée dans l'eau froide.

Les points de suture furent placés avec tous les soins que j'ai fait connaître dans mon Mémoire. Quatre points de suture entrecoupée et une épingle de suture entortillée avaient réuni les deux lèvres de la division sur la ligne médiane; et, avant de serrer ces liens, le lambeau emprunté à la cloison avait été fixé dans la partie antérieure des parties latérales avivées, au moyen de cinq points de suture entrecoupée.

Enfin, les incisions semi-lunaires, dites de Dieffenbach, une de chaque côté du nouveau périnée, terminèrent l'opération qui avait duré vingt minutes en tout.

Le pansement consista en compresses trempées dans de l'eau à la glace et placées contre les parties : elles devaient être renouvelées toutes les cinq minutes. L'opérée fut placée dans son lit sur le dos, le sacrum et les fesses reposant sur un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval.

Le cathétérisme fut pratiqué toutes les quatre heures, en ayant soin, au moment où la sonde était retirée, de tenir bouchée la lumière de l'instrument, afin d'empêcher que les quelques gouttes d'urine qui restaient dans sa cavité, ne vinsent mouiller les parties fraîchement réunies. Il suffirait, en effet, du contact d'une seule goutte d'urine pour y déterminer une irritation capable de faire échouer la réunion immédiate.

Des injections vaginales avec une infusion de camomille tiède furent faites à chaque nouvelle introduction de la sonde. La malade prit un grain et demi d'extrait d'opium en trois fois, afin de favoriser la constipation, et fut mise à la diète la plus rigoureuse.

Le lendemain, l'état général était très-favorable. Les lèvres de la réunion n'étaient ni rouges ni enflées, et la peau, dans l'intervalle des points de suture, avait un aspect normal. L'espèce de boursoufflement que j'avais remarqué dans cette partie, chez mes autres opérées et qui m'avait inspiré, chaque fois, des craintes au sujet du résultat de l'opération, ne se présentait point ici. J'attribuai avec raison, je pense, ce résultat aux applications d'eau glacée qui furent faites d'une manière non-interrompue.

Le 29, je retirai l'épingle et ôtai une des sutures principales, la deuxième en allant de la vulve vers l'anus. La réunion paraissait être parfaite ; les autres points de suture ne fournissaient pas une seule gouttelette de pus, et les parties en général offraient le meilleur aspect.

Le 30, un autre lien fut encore ôté.

Le 1^{er} mai, il existait un écoulement vaginal assez abondant, composé de sang noirâtre et provenant, comme chez deux autres de mes opérées, d'un retour intempestif des règles. L'état général continuait à être très-satisfaisant.

Le 2, j'ôtai les deux derniers liens et pus me convaincre que la réunion était parfaite dans toute l'étendue du nouveau périnée. La commissure postérieure de la vulve était parfaitement reconstituée. Les fils qui fixaient le lambeau de la cloison furent abandonnés à eux-mêmes ; ils se détachèrent spontanément au bout de quelque temps.

Le 5, l'opérée commença à uriner sans le secours de la sonde, mais en ayant soin de se coucher sur les genoux et les coudes. Elle commençait aussi à se lever.

Le 7, vers le soir, le premier besoin de défécation se fit sentir. Deux lavements avec une infusion de graine de lin fortement huilée, furent successivement administrés et gardés jusqu'au lendemain matin avant de produire une évacuation. Les matières avaient eu ainsi le temps de se ramollir ; aussi le passage s'en fit-il sans que le nouveau périnée eût à souffrir la moindre distension. Dès ce moment la guérison pouvait être considérée comme définitive.

Une des particularités les plus dignes de remarque dans cette observation, c'est, me semble-t-il, la promptitude avec laquelle s'est opérée la réunion par première intention dans toute l'étendue des parties avivées. Il est hors de doute que l'action hyposphénisante de l'eau à la glace, en maintenant les parties fraîchement réunies dans des conditions favorables, a singulièrement

contribué à rendre le travail adhésif rapide. Une autre raison de cette réunion peut se trouver dans le peu de volume que j'ai donné aux fils des sutures; car au lieu de liens aplatis formés de quatre fils juxta-posés dont on est dans l'habitude de se servir pour cette espèce de suture, je n'en ai mis que de trois, ce qui a aminci d'autant le volume des liens. L'idée d'employer des ligatures moins fortes m'est venue en voyant, dans mes trois autres opérations, la réunion immédiate réussir toujours près de l'anus, où l'on n'emploie qu'un fil double, malgré l'épaisseur des parties que ce lien est destiné à rapprocher. Ces ligatures plates en forme de rubans sont employées en vue de ne pas déchirer les tissus; mais lorsqu'on connaît le relâchement amené dans les lèvres de la division par les incisions semi-lunaires de Dieffenbach, cette appréhension ne peut tarder de s'évanouir. La tension et les tiraillements une fois écartés, on ne voit pas pourquoi il serait défendu de se servir ici comme ailleurs de liens d'une épaisseur ordinaire.

Le procédé opératoire de M. Langenbeck offre encore une autre source de réussite, savoir : la fonction à laquelle est destiné le lambeau pris à la cloison recto-vaginale et qui vient si ingénieusement couvrir, à l'instar d'une voûte, les deux lèvres de la division en les mettant à l'abri du contact des liquides sécrétés dans le vagin.

Les incisions semi-lunaires faites de chaque côté du nouveau périnée, ont pour but, comme il a été dit déjà, de soustraire les parties fraîchement réunies à une trop forte tension et à toute espèce de tiraillement. Ce but a été complètement atteint dans les quatre opérations que j'ai pratiquées jusqu'ici. Pour arriver au même résultat, c'est-à-dire pour faciliter le déplacement et la réunion immédiate des parties, M. Jobert de Lamballe (1), pratique deux incisions en demi-lune « ou en fer de cheval, à concavité vaginale et à convexité externe, d'arrière en avant, suivant l'axe du vagin. Ces incisions, d'autant plus profondes que l'on se rapproche davantage de la surface cutanée, s'étendent jusque dans la région fessière et dépassent en arrière l'ouverture anale, qui se trouve ainsi en quelque sorte entourée par ces deux incisions. » Ce passage, qui est textuel, est rendu intelligible par un dessin où l'on voit que ces incisions intéressent les grandes lèvres dans toute leur épaisseur et s'étendent en arrière, jusqu'au

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° du 22 mars 1853.

delà de l'anus. Elles ont plus du double en étendue que celles de Dieffenbach, et, outre le reproche qu'on peut leur adresser de diviser des tissus très-riches en vaisseaux sanguins, elles sont suivies, comme il est dit du reste dans les observations de M. Jobert de Lamballe, d'une abondante suppuration.

Ces deux considérations seraient déjà de nature à leur faire préférer les incisions de Dieffenbach, si les chances d'une résorption purulente qui croissent en raison directe de la vascularité des tissus ne venaient trancher, pour nous du moins, la question du choix à faire entre ces deux espèces d'incisions.

Von Horner, cité par Dieffenbach (1), voulait atteindre le même but, soustraire les parties nouvellement réunies à de funestes tiraillements, en incisant, de chaque côté, et dans une direction en bas et en dehors, le sphincter de l'anus dans toute son épaisseur. Cette manière de faire, condamnée par M. J.-B. Brown (2), avait un succès assez marqué : mais quelle que soit la réussite, je ne vois pas de raisons pour ne pas s'en tenir aux incisions simples qui ont donné de si beaux résultats non-seulement entre les mains de leur inventeur, mais aussi à ceux qui, depuis lui, les ont mis si souvent en pratique. Inciser la membrane muqueuse du rectum ; couper les fibres du sphincter ; diviser les nombreux vaisseaux hémorroïdaux du tissu cellulaire et la peau ; faire en un mot deux espèces d'opérations de fistule à l'anus pour arriver au but que l'on peut atteindre en incisant seulement la peau et le tissu cellulaire dans une étendue d'un pouce et demi, et dans une profondeur d'un demi-pouce tout au plus, me paraît être au moins un hors-d'œuvre.

3. M. LEROY D'ÉTIOLLES, membre correspondant, à Paris, lit un mémoire sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris.

M. Leroy d'Étiolles communique ensuite, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, un appareil destiné à faciliter la transfusion du sang, et surtout à prévenir la coagulation de ce liquide pendant l'opération (3).

(1) *Opérat. chirurg.*, tome I, page 637.

(2) *Medical Times and Gazette*, décembre 1851 et février 1853.

(3) Ces deux communications seront insérées dans le prochain numéro du *Bulletin*.

IV. — MOTION D'ORDRE.

— **M. MICHAUX** : On avait porté à l'ordre du jour de la dernière séance la discussion sur la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie relativement à l'hématocèle ou aux kystes sanguins du cou. Cette discussion avait déjà été remise plusieurs fois et une fois entre autres à la demande de M. Seutin. Dans la dernière réunion, pendant que nous étions, M. Seutin et moi, sortis un instant, l'ordre du jour a appelé cette discussion, personne n'a demandé la parole et la discussion a été close. Réellement nous avons été surpris. Je prierai donc l'Académie de revenir sur cette décision et de porter la discussion dont il s'agit à l'ordre du jour de la prochaine séance. J'ai des observations à faire sur un passage du Mémoire de M. Seutin.

— **M. SEUTIN** : Je me joins à l'honorable M. Michaux pour prier l'Académie de revenir sur cette décision. Ce n'est que par le compte-rendu de la séance que j'ai appris aujourd'hui que la discussion avait été close.

— La proposition de M. Michaux est mise aux voix et adoptée.

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie ordonne l'impression des rapports sur les mémoires envoyés en réponse aux questions mises au concours ainsi que du rapport de la Commission chargée de faire des présentations pour la nomination des membres correspondants, et fixe la discussion de ces rapports à la prochaine séance.

La séance est levée à trois heures.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

MÉMOIRE sur le forceps-assemblé ; par M. le docteur C. Bernard. Bruxelles, 1853, 1 br. in-8°.

ALLGEMEINER Bericht über die Verhältnisse und die Wirksamkeit der Gesellschaft im Jahr 1852, abgestattet in der allgemeinen Versammlung den 28 januar 1853 vom Bürgermeister Bartsch. Brestau, 1 br. in-8°.

TRAITÉ élémentaire de zoologie ; par M. le docteur J.-D. Hannon. Bruxelles, 5 br. in-8°.

FLORE belge ; par le même. 3 vol in-8°.

ÉTUDES sur le manganèse ; par le même. Bruxelles, 1849, 1 br. in-8°.

ÉTUDES pharmacologiques sur le manganèse ; par le même. 1 br. in-8°.

ESSAI sur l'hypochondrie ; par le même. Bruxelles, 1849, 1 br. in-8°.

DU CHIEN domestique et du coq ; par le même. Bruxelles, 1846, 1 br. in-8°.

DIE Gefängnisreform ; von Dr J.-Ad. Frankl. Wien, 1851, 1 br. in-8°.

DEUTSCHE Zeitschrift für die Staatsarzneikunde ; les 3^e et 4^e cahiers du 1^{er} vol. Erlangen, 1853.

ANNALES d'oculistique ; les 1^{re}, 2^e et 3^e livraisons du tome XXX.

ARCHIVES BELGES de médecine militaire ; le cahier de septembre 1853.

ARCHIVES générales de médecine, publiées sous la direction de M. Raige-Deborne ; le cahier de novembre 1853.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale ; publiées par les docteurs René Vanoye et J. Ossieur ; la 11^e livraison de la 2^e année.

BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur ; le cahier de septembre 1853.

RECUEIL de médecine vétérinaire ; le cahier d'octobre 1853.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques ; le cahier d'octobre 1853.

ANNALES de médecine vétérinaire ; le cahier de novembre 1853.

MONITEUR de l'enseignement, publié sous la direction de M. Hennebert ; les nos 4 à 6 du tome IV.

L'OBSERVATEUR, journal des sciences médicales ; le no 17.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une Société de médecins ; le cahier de septembre 1853.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ; le cahier d'octobre 1853.

BOLETIN de medicina, cirugia y farmacia ; les nos 144 à 147, année 1853.

UNION médicale ; les nos 119 à 129, année 1853.

LA PRESSE médicale belge ; les nos 42 à 45, année 1853.

LE SCALPEL ; les nos 7 à 9, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris ; les nos 41 à 44, année 1853.

ALLGEMEINE Medicinische Central-Zeitung ; les nos 74 à 82, année 1853.

JOURNAL de pharmacie publié par la Société de pharmacie d'Anvers ; le cahier d'octobre 1853.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée ; le no 8, 5^e année.

GAZETTE médicale de Strasbourg ; le no 10, année 1853.

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

OCTOB. 1853.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE centig. de l'air, à 9 h. du matin.	EXTREMES de la température corrigée relevée à midi. Maximum. Minimum.	QUANTITÉ d'eau recueillie à midi. en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
1	748,64	14,8	17,2	9,4	880-080.	Variable, pluies soudaines.
2	751,80	8,9	16,9	6,3	080-80-880.	Beau, mais incertain; pluies soudaines.
3	757,40	7,6	12,0	4,2	880-080-080.	Très-beau, mais incertain; ondée.
4	761,83	8,0	11,6	2,4	880-80-8.	Beau, se couvre le soir.
5	746,93	9,2	11,5	7,1	8-880.	Bombré, pluie l'après-midi.
6	743,43	11,2	14,2	8,6	880.	Bombré, pluie l'après-midi.
7	743,43	11,4	13,4	9,0	880-8.	Incertain.
8	747,37	13,3	16,5	10,6	880-8.	Assez beau le matin; pluie le soir.
9	749,86	11,7	16,5	9,7	5-880-80.	Assez beau.
10	750,49	8,6	13,7	6,5	880-80-080.	Gris.
11	750,05	11,9	14,7	9,5	080.	Assez beau.
12	750,72	11,9	15,2	9,3	080-880.	Incertain; pluie le matin et le soir.
13	752,66	10,9	15,4	7,3	8.	Nuageux, assez beau; éclairs et pluie le soir.
14	753,49	11,3	13,8	8,2	80-880-88E.	Très-beau, éclairs et pluie dans la soirée.
15	750,76	12,1	16,3	9,8	880-80.	Très-beau, mais bruno le matin.
16	745,94	10,5	14,6	8,1	880-8-80.	Variable; pluie le matin; orage le soir.
17	744,20	8,6	12,6	6,0	880-880.	Beau le matin et le soir; pluie l'après-midi.
18	740,98	10,1	12,6	7,6	4,83	Variable; pluie l'après-midi; beau le soir.
19	742,38	8,8	13,0	4,5	880-80-080.	Assez beau le matin; pluie et vent le soir.
20	737,08	10,8	13,0	9,5	8-88E.	Incertain, pluie.
21	759,06	9,4	14,0	7,1	88E-080-80.	Assez beau le matin; incertain le soir.
22	769,50	12,4	14,6	10,1	880-80.	Supérbe.
23	764,89	11,7	15,9	9,6	880.	Supérbe.
24	762,39	11,6	16,5	7,7	880-8.	Supérbe.
25	755,38	12,9	16,6	10,2	880-80.	Supérbe.
26	753,01	14,1	17,6	11,1	880.	Très-beau.
27	753,01	15,0	18,0	12,0	8-880.	Beau.
28	751,16	13,3	18,5	10,5	880-80.	Assez beau.
29	755,74	11,8	18,3	9,2	880-880.	Nuageux, assez beau; se découvre le soir.
30	780,46	10,8	14,3	9,2	880-80.	Très-beau, sans un peu de pluie le matin.
31	760,86	7,3	12,9	6,2	880-8.	Supérbe.

Sur les dents œillères ; par M. le docteur DECAISNE, membre correspondant de l'Académie.

Des observations rigoureuses sont venues récemment nous démontrer que les opinions populaires, quelque bizarres qu'elles paraissent, ne doivent pas être toujours rejetées sans examen : très-souvent, en effet, sous son langage obscur le vulgaire cache des vérités dont le médecin peut tirer profit, et que les relations intimes admises par le peuple entre certains organes, bien que peu apparentes, n'en existent pas moins, et qu'il est dangereux parfois de vouloir les rompre. Je vais chercher à démontrer qu'une de ces relations considérée comme erronée repose sur des faits anatomiques incontestables, et que la conséquence que nous en déduirons n'est pas moins certaine.

En général, les médecins repoussent avec trop de dédains les remèdes de commères ; ils oublient trop que ces recettes, dans un grand nombre de cas, sont très-efficaces, et que si elles n'avaient en réalité aucune valeur, la tradition ne les passerait pas de famille en famille et ne les maintiendrait pas de siècle en siècle. Le moyen d'en tirer parti ou d'en apprécier la valeur, consiste donc à se rendre bien compte du cas où elles ont été suivies de succès et à ne les employer que pour des maladies bien définies au lieu de s'en servir au hasard comme le font nécessairement les personnes étrangères à l'art médical.

Si personne ne nie aujourd'hui que le hasard, ce père de quelques grandes découvertes, a mis plus d'une fois le chirurgien ou le médecin sur la voie de la vérité, on nous accordera qu'il a pu servir de même quelques esprits observateurs étrangers à la médecine.

Aussi, comme le fait observer judicieusement M. Velpeau, la bonne philosophie veut que le chirurgien accepte les secours qui lui viennent des personnes étrangères à l'art de guérir, à la condition toutefois que l'expérience, et une observation attentive des faits permettent d'en constater la valeur réelle. En effet, il est rare qu'une pratique accréditée par une longue suite de générations, ne soit basée que sur des idées complètement fausses ; et il n'est pas moins certain que la science moderne a confirmé dans une foule de cas, au lieu de les détruire, l'opinion qu'il nous a plu de flétrir longtemps du nom de préjugés.

A cet égard, nous avons tous entendu parler de l'union étroite

de la seconde molaire avec l'œil sous lequel elle se trouve placée, et de la peur qu'inspire l'extraction de cette dent. Cette crainte est basée sur l'idée, généralement admise, de la connexion intime de cette dent avec l'un des yeux, et du désordre que son extraction peut causer à l'organe de la vision : cette opinion est tellement répandue qu'elle a fait donner aux canines ainsi qu'aux petites molaires de la mâchoire supérieure le nom de dents œillères (*ooglanden*), dénomination réservée aux canines par les anatomistes, à cause du voisinage de leurs longues racines avec les cavités orbitaires.

Cependant, si nous interrogeons les médecins au sujet des sympathies morbides des dents et de l'œil, nous n'obtenons pour réponse que des doutes ou des marques d'incrédulité ; si nous consultons les dentistes les plus en renom, la plupart considèrent ces relations des dents et de l'œil comme un préjugé ridicule.

N'admettant plus aujourd'hui comme nécessaire une lésion ou une altération du nerf optique pour déterminer l'amaurose ; reconnaissant que cette affection peut dépendre de la lésion du nerf de la troisième ou de la cinquième paire, ainsi que de la moelle épinière, que les rapports de liaison entre l'appareil nerveux de l'organe de la vision et celui de l'axe spinal donnent lieu à des amauroses, dont sont atteints quelquefois des buveurs pris de délirium tremens, et les malades de chorée, d'épilepsie ou d'affections saturnines ; constatant enfin que l'amaurose peut survenir à la suite de l'onanisme, d'une néphrite albumineuse ou de l'aménorrhée, d'un allaitement prolongé, et même sympathiquement durant la grossesse, nous serons naturellement ramenés à l'opinion de MM. Makensie et Terlinck, aux expériences de Vicq-d'Azyr et de MM. Waller, Budge et Magendie qui ont démontré les rapports fonctionnels entre les nerfs de la cinquième paire et le nerf optique. Ces célèbres physiologistes nous ont appris que les lésions du nerf trifacial influent directement sur la vue, et que, dans certains cas, la lésion de nerfs, autres que le nerf optique, a suffi pour occasionner une amaurose. C'est en coupant la cinquième paire sur un animal que M. Magendie a constaté la perte subite d'un œil, et c'est en taillant celle du côté opposé que l'animal a perdu immédiatement la vue.

De mon côté, j'ai vu un capitaine, frappé au front d'un coup de baguette de bois, sur le trajet du nerf frontal, perdre complètement un œil, qui cependant n'avait nullement été lésé.

Or, si nous nous rappelons les connexions anatomiques de l'organe visuel et du système dentaire, nous serons forcés d'admettre entre eux d'importantes connexions vasculaires et nerveuses. En effet, les dents du maxillaire supérieur reçoivent des filets nerveux de la branche supérieure du trifacial d'où partent des rameaux nombreux qui se dirigent aux différentes parties de l'œil, et auxquels s'ajoute le nerf frontal, ainsi que la plus forte branche de l'ophtalmique. On voit donc que, le nerf trifacial en envoyant à l'appareil visuel et à ses dépendances un grand nombre de filets nerveux, doit jouer un rôle important dans l'acte de la vision. En effet, dans le cours des maladies du sinus maxillaire, il n'est pas rare de voir survenir la diplopie ou même la perte complète de la vue avec ou sans ulcération de la cornée, comme de voir très-fréquemment encore à l'époque de leur première dentition, les jeunes enfants atteints de convulsions dépendantes d'une affection dentaire dont ils louchent pour la vie.

Enfin, la science nous fournit des exemples de coups portés sur le front, de lésions traumatiques des branches de la cinquième paire, d'une simple irritation de ce nerf, souvent suivies d'amaurose, ou d'anesthésie des parties auxquelles ce nerf se distribue. En présence de ces faits observés sans esprit de système, nous sommes forcés de reconnaître que les idées du peuple sur les rapports immédiats des organes de la vision avec les dents molaires ou les canines ont, à tort, été regardées comme dénuées de fondement et rangées au nombre des préjugés. Mais, quand on veut combattre une opinion, il ne suffit pas de l'attaquer par de puissantes objections, il faut montrer de plus qu'on peut lui opposer des faits sans réplique, et dès lors il me reste à faire connaître les observations qui m'ont conduit à expliquer les phénomènes auxquels se rattachent l'opinion populaire sur les dents œillères.

Le nommé D..., âgé de vingt-trois ans, au service depuis 1846, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu que durant peu de jours une fièvre intermittente tierce, se fit extraire le 22 juin 1851 la petite molaire supérieure du côté droit. Cette dent cariée le faisant souffrir cruellement, le docteur H... en opéra l'extraction à l'aide de la clef, et cette opération ne présenta rien de remarquable. Mais, quelques instants après l'extraction, la joue se gonfla, le malade ressentit de la gêne de ce côté et, le lendemain matin, l'œil et la joue étaient gonflés au point qu'il crut être atteint d'une fluxion. Ce gonfle-

ment ne diminuant pas, D... alla consulter le médecin de son régiment qui lui conseilla l'application d'un cataplasme sur la joue et l'exempta de tout service, mais l'affection n'en continua pas moins à marcher et les douleurs devenant plus vives malgré le séjour au lit, l'usage des cataplasmes et d'un purgatif qui lui fut administré, le malade fut envoyé à l'hôpital militaire de Namur.

A son entrée le 1^{er} juillet, tout le côté droit de la figure offrait un fort gonflement, les paupières se trouvaient œdématisées, l'œil était poussé en avant et fortement proéminent, le globe oculaire tendu, dur; on remarquait une exophthalmie avec chémosis séreux très-considérable qui empêchait absolument de distinguer la cornée. Le malade accusait une très-vive douleur à la tempe, au sourcil ainsi que derrière l'oreille droite; l'insomnie était complète, la peau chaude couverte de sueur, le pouls plein, dur à 22 au 1/4, la langue blanchâtre, humide, la soif vive; la gencive de la dent arrachée n'offrait rien de remarquable si ce n'est la présence d'une toute petite esquille qui fut immédiatement enlevée. En présence de l'état du malade, je fis pratiquer une forte saignée, et appliquer douze sangsues dont six à la tempe et six à la paupière inférieure, des cataplasmes sur la partie douloureuse, et administrer un purgatif composé avec le séné et le sulfate de magnésie. J'ordonnai la diète absolue.

Le 2, le malade a un peu dormi, il n'accuse plus autant de douleurs à la région frontale, mais il ne peut cependant faire mouvoir son œil qui reste encore fortement proéminent, gonflé et dur. La paupière supérieure est complètement abaissée, le chémosis est toujours très-fort, mais cependant nous pouvons distinguer une petite partie de la cornée qui semble enchâssée dans le chémosis. L'œdème de la paupière inférieure et de la joue est plus fort que la veille, la peau est modérément chaude, le pouls petit à 20 au 1/4, le malade a eu plusieurs selles amenées par le purgatif. On appliqua de nouveau douze sangsues aux mêmes points et on continua les cataplasmes.

A la visite du 3, je constatai une ecchymose bleuâtre, noire, à toute la paupière supérieure; le malade accusait du reste moins de douleur, et commençait à pouvoir bouger un peu le globe de l'œil dans son orbite; le chémosis avait diminué, et en relevant la paupière supérieure je reconnus que la vision n'était pas altérée. Je prescrivis pour la journée trois frictions sur la tempe et les paupières avec l'onguent suivant (ungt. hydr., trente

gram. extr. bellad., quatre gram.) ainsi que la continuation des cataplasmes. Toutes les fonctions s'exécutant bien, et le malade réclamant de la nourriture, je lui accordai deux soupes.

L'ecchymose de la paupière existait encore lors de la visite du 4; l'œil était cependant moins tendu, mais le malade ne pouvait parvenir encore à écarter les paupières l'une de l'autre; je constatai de l'empâtement à l'angle interne de la paupière inférieure. — Même prescription.

Le 5, à la visite du matin, je trouvai un gonflement des deux paupières de la joue droite, et à la pression de la paupière inférieure, particulièrement à son angle interne, une douleur assez vive. Six sangsues y sont appliquées; continuation des frictions et des cataplasmes, mais de plus un purgatif, la langue étant un peu blanche, chargée.

Le 6 au matin, je reconnus distinctement une collection purulente à la partie inférieure de l'orbite, et je pratiquai une incision à la partie interne de la paupière inférieure, près de son angle; une grande quantité d'un pus jaune, louable, de bonne nature s'en écoule immédiatement. La joue avait conservé son gonflement, le malade ne dormit pas, et souffrit beaucoup de tout le côté droit de la tête. Je continuai encore les cataplasmes et les frictions. Le lendemain 7, le malade put fort bien dormir, la tension de la joue et des paupières se trouvait beaucoup diminuée, le globe oculaire était rentré dans l'orbite, les paupières étaient mobiles, et le malade pouvait enfin ouvrir l'œil et y voir. Je lui prescrivis le 1/4 rôt.

A ma visite du 8, l'œil était entièrement ouvert, le gonflement des paupières et de la joue avait complètement disparu, et bien qu'il s'écoulât encore à la pression sur le globe de l'œil du pus par l'ouverture pratiquée, je fus parfaitement rassuré sur sa conservation.

Le malade commença à se lever le 9; il remuait parfaitement bien son œil dont la vision n'avait rien souffert, et à partir de cette époque D... fut considéré comme convalescent de sa péricorbite. La plaie resta cependant fistuleuse pendant toute la durée du mois d'août, époque où il quitta l'hôpital pour se rendre dans sa famille et jouir d'un congé de convalescence.

Par une singulière coïncidence, à la même époque où cet homme était en traitement, je vis arriver à ma consultation un jeune garçon auquel étaient survenus les mêmes accidents.

Henri L..., de Malone, âgé de quatorze ans, d'un tempéra-

ment lymphatique, alla au commencement du mois de novembre 1850 chez un médecin pour se faire extirper la seconde molaire droite de la mâchoire supérieure. Comme cette dent était extrêmement cariée, on ne parvint qu'à lui en enlever quelques morceaux.

Le lendemain de cette opération, la joue droite était très-gonflée, il ressentait une assez forte douleur à la tempe et derrière l'oreille du même côté. L'œil droit proéminait en dehors de l'orbite et il ne voyait plus de cet œil. Il fut obligé de garder le lit pendant quatre semaines, et après ce laps de temps il ne voyait encore que très-peu.

Peu à peu on vit tomber les restes de cette dent et le 2 juillet 1851, Henri L... se trouvait dans l'état suivant :

La tête est penchée à droite. La joue de ce côté est encore un peu gonflée, la paupière inférieure est tirillée en bas et en dehors, le malade dit éprouver de la douleur dans ce côté de la tête chaque fois qu'il se baisse. L'œil est intact, la vue assez bonne, mais le malade assure qu'elle n'est pas aussi forte que du côté gauche, et qu'elle n'est plus aussi bonne qu'avant l'extirpation de sa dent.

Voici maintenant une observation recueillie depuis :

Le nommé Constant D..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva le 11 janvier 1852, un violent mal de dent, causé par une carie de l'avant-dernière molaire inférieure droite. Le mal n'ayant fait qu'augmenter pendant deux jours, cet homme se décida à se faire arracher sa dent cariée par M. le docteur F.

L'évulsion de la dent donna lieu à une hémorragie assez abondante; la douleur fut un instant calmée, mais bientôt elle se réveilla avec une nouvelle intensité, tout le côté droit de la face devint le siège d'une vive sensibilité, et un léger gonflement se déclara tout d'abord.

Le lendemain, la douleur et le gonflement étaient augmentés, le malade ressentait des battements pénibles dans la région temporale droite qui était chaude et tendue, en même temps qu'il souffrait beaucoup dans le fond de la cavité orbitaire. Un cataplasme émollient fut appliqué sur cette partie de la face, et le malade resta couché. Pendant la nuit il eut une abondante transpiration en même temps qu'une hémorragie assez forte par les narines.

Le 16 au matin, je vis le malade; la joue et le côté droit de la face, les paupières et l'oreille sont gonflées, la conjonctive

oculaire est rouge, et il y a un léger chemosis, la vue est trouble de ce côté, et il y a hypersécrétion de mucosités à cet oeil. La bouche ne peut s'ouvrir qu'incomplètement, il y a manque d'appétit, le pouls est accéléré, et la douleur existe particulièrement dans le fond de l'orbite. On prescrit douze sangsues derrière l'oreille, un collyre avec l'eau de roses et le sulfate de zinc, un purgatif salin et la diète.

Le 17, le chemosis a disparu, l'oeil est moins rouge, le gonflement de la joue a diminué, enfin on observe une diminution de tous les symptômes énoncés plus haut.

L'injection oculaire a beaucoup diminué le 18, le malade ne se plaint plus que d'une gêne douloureuse dans la mâchoire inférieure qui se fait particulièrement sentir vers l'articulation. On accorde deux soupes au malade.

Le 20, la face est complètement dégonflée, l'oeil est rentré dans son état normal, la vue est redevenue bonne, et le malade est considéré comme guéri quoique ne pouvant pas encore reprendre son travail. Enfin, voici une autre observation :

Depuis six mois, Georges M..., âgé de vingt-un ans, ne voit plus de l'oeil droit, et c'est à la suite de l'extraction de la seconde grosse molaire de ce côté qu'il a vu se former un abcès à la joue du côté droit. Cet abcès a laissé deux cicatrices adhérentes à l'os de la pommette, et l'oeil offre, en ce moment, une cataracte capsulo-lenticulaire très-bien formée, qui, au dire du malade, s'est déclarée à la suite de l'extraction de la dent, et pendant la durée de l'abcès malaire qui est resté quatre mois avant de se guérir complètement. La contraction de l'iris se fait régulièrement, et pas la moindre injection ou autre altération n'est visible à cet oeil qui n'a jamais été malade qu'au moment de l'extraction de la dent. Aucune lésion n'existe à l'oeil gauche, et personne de la famille de Georges n'a été affecté de maladies oculaires.

Tels sont les faits que je crois devoir faire connaître à l'appui de l'opinion depuis si longtemps accréditée dans le peuple, et mise en doute par beaucoup de médecins. Mais pour terminer ce travail j'y joins une observation qui se rattache à mon sujet par la lésion oculaire dont le malade a été atteint, et que je crois intéressante par la mort qui en a été la suite.

Un soldat nommé D..., âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution est envoyé à l'hôpital le 31 mai 1847. Le médecin qui le voit le matin à la caserne apprend que la veille au soir en s'amusant avec des camarades, cet homme s'avisa de regar-

der par le trou de la serrure au moment même où un de ses camarades y enfonçait la baguette de son fusil.

A la visite, le globe de l'œil offrait une assez forte ecchymose s'étendant à la paupière supérieure qui se trouvait elle-même encore fortement ecchymosée. Du reste le blessé ne se plaignait pas beaucoup ; il arriva à pied à l'hôpital, et raconta à son arrivée aux autres malades de la salle, la farce, disait-il, qu'on lui avait jouée. Le médecin de garde en voyant l'ecchymose fit appliquer sur l'œil des compresses imbibées d'eau froide. La nuit se passa encore sans arracher de plaintes, mais il fut pris de vomissements.

A ma visite le 1^{er} juin au matin, je trouvai D... couché sur le côté droit, ne bougeant pas, et voulant constamment enlever de la main gauche le linge placé sur l'œil contusionné. J'examinai avec soin le globe de l'œil, que je trouvai intact, mais je crus remarquer à la partie inférieure de l'angle interne de l'œil une petite tache blanchâtre, vers le point où la conjonctive paraissait avoir été entamée. Quant à la contraction de la pupille, elle s'opérait sans difficulté des deux côtés, et l'œil ne présentait absolument rien d'autre que l'ecchymose dont je viens de parler. En revanche, l'état général présentait un état comateux assez prononcé pour laisser mes demandes sans réponses ou pour prononcer des phrases incohérentes ; il prétendait ainsi avoir été ivre la veille, et répétait constamment le nom de sa commune.

Le pouls était assez fort, développé, irrégulier, la peau chaude : je prescrivis immédiatement une saignée du bras, vingt sangsues dont dix appliquées à la tempe, et dix autres à l'apophyse mastoïde gauche, des sinapismes aux membres inférieurs, des boissons délayantes, la diète absolue, ainsi que des ablutions d'eau froide sur l'œil blessé.

Une heure environ après ma visite, le médecin chargé de pratiquer la saignée se vit contraint de faire tenir le malade par six hommes afin de pouvoir exécuter ma prescription ; ses mouvements étaient tellement désordonnés, il gesticulait et agitait si violemment ses bras et ses jambes, qu'on se vit obligé de lui mettre la camisole de force après l'opération. La saignée donna environ deux livres de sang, les sangsues coulèrent de plus presque toute la journée.

Le lendemain matin 2 juin à ma visite, le malade gémissait ; il s'était refusé toute la nuit à prendre des boissons, et remuait

encore constamment ses membres. Les yeux étaient fermés, les pupilles se contractaient également des deux côtés. Comme le malade n'avait pas uriné, j'introduisis une sonde dans la vessie, qui déterminait l'évacuation d'un demi-vase d'urine. Le pouls donnait 103 pulsations.

Vingt sangsues furent de nouveau appliquées ainsi qu'un lavement purgatif. Des sinapismes furent promenés sur les membres inférieurs. A trois heures le même état se maintenant, je fis appliquer de nouveau dix sangsues, de façon à obtenir un écoulement de sang continu ; enfin je fis administrer un nouveau lavement purgatif composé avec le sulfate de soude. Le malade mourut à onze heures de la nuit. Son autopsie fut faite le matin 4 juin par un temps chaud et sec.

Raideur cadavérique très-prononcée. Ecchymose de la paupière et de l'œil diminuée. Le point blanc signalé à l'angle interne est fermé, et quoique dépendant bien du fait de la blessure, il est impossible d'y faire pénétrer la pointe d'un stylet.

L'ouverture du crâne laisse voir les vaisseaux de la dure-mère assez gorgés de sang, et le cerveau lui-même extrait de la boîte crânienne nous montre à sa base un épanchement séreux et trouble qui entoure la moelle allongée. Une petite plaie, située à la partie moyenne du lobe moyen gauche du cerveau, laisse écouler de la sérosité. Cette plaie se prolonge dans la substance cérébrale du lobe jusqu'au ventricule rempli de sérosité, et se trouve être en rapport avec une petite fracture à peu près ronde de la grande aile du sphénoïde dont deux très-petites esquilles s'étaient détachées. Une très-mince couche jaune caséeuse occupait la place du septum lucidum.

La baguette avait donc traversé le tissu cellulaire de l'orbite, fracturé le plancher supérieur de cette cavité, perforé les membranes et labouré la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral où elle s'était enfin arrêtée ; mais comme le nerf optique avait été épargné ainsi que les autres nerfs, la vue s'était conservée.

M. Gouzée a rapporté un fait survenu de la même façon chez un individu de dix-neuf ans ; mais dans cette circonstance, la baguette avait traversé le frontal au-dessus du sourcil. L'os en cet endroit n'avait guère que l'épaisseur d'une feuille de papier.

De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts; par M. le docteur DECAISNE, membre correspondant.

MM. Melsens et Natalis Guillot ont démontré théoriquement et expérimentalement la possibilité d'éliminer de l'économie, à l'aide de l'iodure de potassium, le mercure et le plomb qui s'y trouvent introduits. La théorie de M. Melsens repose sur ce fait remarquable que ce puissant agent ramène à l'état soluble dans l'économie les combinaisons organiques de ces deux métaux, et qu'il les élimine par les urines.

La découverte importante de M. Melsens en ouvrant, comme on le voit, une voie toute nouvelle à l'art médical, nous permet d'obtenir aujourd'hui la guérison de certains accidents secondaires et tertiaires de syphilis rebelles aux mercuriaux, comme l'emploi de l'iodure de potassium nous préserve et nous offre un moyen de combattre et de guérir les cruels accidents auxquels le mercure a si souvent donné lieu. Mais si les guérisons radicales de maladies vénériennes invétérées à l'aide de l'iodure de potassium sont nombreuses aujourd'hui, il n'en est pas encore de même à l'égard des coliques, des tremblements, de la rétraction des tendons des doigts par suite de l'absorption des sels de plomb.

Nos essais tentés depuis la publication du travail de M. Melsens, souvent couronnés des plus heureux succès, serviront à établir de la manière la plus nette les avantages de l'iodure de potassium dans le traitement des affections saturnines.

Appelé à donner nos soins à des ouvriers des deux sexes atteints d'affections saturnines par leur séjour dans des fabriques de céruse, dans des mines de plomb, ou dans des verreries, nous avons été assez heureux pour les guérir par ce médicament; aussi en faisant la part des incertitudes qui s'attachent encore à ce nouveau genre de traitement, nous pouvons dès aujourd'hui cependant le considérer comme l'un des plus féconds et des plus efficaces.

Voici, à cet égard, une observation prise parmi plusieurs autres que j'ai recueillies, et qui se rapporte à un homme depuis longtemps atteint d'un tremblement général de rétraction permanente des doigts, etc., contre lesquels étaient venus complètement échouer tous les traitements antérieurs.

Le nommé B..., âgé de cinquante-neuf ans, employé depuis plus de deux ans dans une fabrique de céruse des environs de

Namur, fut atteint d'un tremblement aux bras qui s'étendit aux jambes et de là bientôt à tout le corps. A cette époque, les doigts étaient si fortement rétractés sur la paume des mains, que B..., dans l'impossibilité d'en faire usage, fut obligé de quitter la fabrique.

Ce fut au commencement de mai 1851 que je vis ce malade ; depuis plus de trois mois il avait cessé tout travail et faisait usage de différentes préparations ou pommades prescrites par un médecin. Le tremblement général dont il était atteint était fortement prononcé, et la rétraction des doigts telle, que B... se trouvait dans l'impossibilité absolue de les étendre ; ceux de la main droite surtout étaient beaucoup plus rétractés ; ils avaient été atteints avant ceux de la main gauche.

A part le tremblement et l'affection des mains, B... paraissait se bien porter ; sa constitution était bonne ; il mangeait bien, et ne se plaignait que d'une constipation habituelle.

Pour commencer le traitement auquel je voulais le soumettre, je fis administrer au malade un purgatif composé de séné et de sulfate de magnésie ; après quoi je lui fis prendre tous les soirs, dans un peu d'eau sucrée, une cuillerée d'une potion composée d'un gros d'iodure de potassium dans quatre onces d'eau. La dose d'iodure fut augmentée insensiblement, de façon qu'au 2 juin elle se trouvait portée à deux gros, dont le malade prenait tous les soirs deux cuillerées à bouche. A cette époque les doigts de la main gauche pouvaient déjà s'allonger, et B... ne tremblait plus sur ses jambes ; il se réjouissait surtout beaucoup du changement miraculeux qui, disait-il avec raison, s'était opéré. Les selles s'étaient régularisées.

Vers le milieu du même mois, l'état général s'améliora davantage encore ; le tremblement allait en diminuant, et le malade commençait à allonger les doigts de la main droite. La dose d'iodure fut élevée à trois gros que le malade prenait en deux jours d'abord, mais que je fis augmenter encore.

A la fin du mois de juillet, c'est-à-dire deux mois après avoir cherché à éliminer de l'économie le plomb qu'elle avait absorbé, et auquel nous attribuons les accidents qui s'étaient manifestés chez ce malade, B... pouvait faire un complet usage de ses mains, ses mouvements étaient parfaitement libres et on ne remarquait plus chez lui le moindre tremblement.

Dès ce moment, B... changea d'état ; il se fit charretier. Le bénéfice que lui procurait son nouveau métier lui permettant

d'acheter tous les jours quatre gros d'iodure de potassium, il continua à les prendre très-régulièrement pendant environ huit jours, puis il diminua progressivement la dose pour terminer son traitement à la fin du mois d'août.

Depuis cette époque nous avons eu occasion de revoir à plusieurs reprises B..., et nous avons pu nous assurer et faire remarquer à quelques-uns de nos confrères qu'il ne restait à ce malade aucune trace des affections saturnines dont il avait été si cruellement atteint. Cette observation confirme donc pleinement la théorie de M. Melsens; elle est une preuve incontestable de l'heureuse influence de l'iodure de potassium dans le traitement des affections auxquelles sont sujets les ouvriers des fabriques de céruse, de mines de plomb, etc.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1853.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures et quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet les observations de la Commission médicale de la province de Hainaut sur l'avant-projet de loi relatif à l'exercice de l'art de guérir. — Renvoi à la Commission de législation médicale.

M. le Ministre de l'Intérieur envoie également le recueil des procès-verbaux des séances des Conseils provinciaux, session de 1853.

II. — CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ancelon, de Dieuze, envoie une note pour servir à l'histoire du charbon. — Renvoi à l'examen de MM. Fal-lot, Verheyen et Raikem.

MM. Guislain, Natalis Guillot, Scubert et Lecointe font hommage d'un exemplaire de leurs ouvrages dont les titres seront mentionnés dans le bulletin de la séance.

M. le docteur Gysbrechts transmet un mémoire renfermant le résultat des discussions auxquelles se sont livrés les médecins des cantons de Tirlemont, de Léau et de Glabbeek, au sujet de l'avant-projet de loi sur l'exercice de la médecine.

M. le docteur Willaine, de Leuze, envoie un travail intitulé : Coup d'œil sur la profession de médecin et sur les moyens de l'améliorer.

Ces deux communications sont envoyées à l'examen de la Commission de législation médicale.

M. Rigouts-Verbert se porte candidat à la place de membre titulaire vacante dans la cinquième Section. — Renvoyé à la cinquième Section.

L'Académie se constitue en comité secret.

III. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

1. DISCUSSION du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours de 1850-1853, sur la question relative à la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines. — M. GAUDY, rapporteur (1).

Messieurs ,

Parmi les questions que l'Académie a proposées pour sujet de prix, il en est une qui intéresse à un haut degré l'agriculture et l'hygiène publique ; c'est celle qui est relative à la pleuropneumonie épizootique, maladie grave qui exerce des ravages incessants sur l'espèce bovine depuis un grand nombre d'années. Cette importante question déjà proposée en 1846 et en 1848, n'ayant pas reçu de solution satisfaisante , a été maintenue pour le concours de 1850-1853 ; elle était formulée de la manière suivante :

« Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de pleuropneumonie épizootique, en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Trois mémoires vous ont été adressés en réponse ; vous les avez renvoyés à une Commission chargée d'en apprécier la valeur et de vous faire un rapport sur leur mérite respectif ; c'est par mon organe qu'elle vient s'acquitter de cette tâche.

Le Mémoire coté n° 1 porte pour épigraphe : « *Eneca ut servas* ; » il est intitulé : *Études pratiques sur la pleuropneumonie épizootique*, et divisé par paragraphes dans lesquels l'auteur a voulu comprendre successivement les différents termes de la question.

Dans le § 1^{er} il se borne à déplorer le vague qui règne jusqu'ici dans l'étude de la maladie au point de vue de sa description et de son traitement ; il se plaint surtout de ce que la thérapeutique a choisi ses agents médicamenteux parmi les substances d'un prix trop élevé, et que ces dernières sont toujours administrées à des doses trop minimes pour produire des effets salutaires sur les animaux malades.

(1) La Commission était composée de MM. FALLOT, Président, DELWART, THIERNESSE, VERNEYEN, et GAUDY, rapporteur.

Dans le § 2 il étend le même reproche à l'étiologie, et fait remarquer, avec raison, que les causes générales, telles que les changements brusques de température, les aliments de mauvaise qualité, les habitations malsaines peuvent bien favoriser le développement de la maladie et en aggraver le caractère, mais ne suffisent pas pour la faire naître. L'auteur ne reconnaît qu'une seule cause, *sui generis*, la *contagion* ; il appuie plus loin son opinion sur plusieurs faits qui ne nous paraissent pas concluants.

Dans le § 4 l'auteur déclare que dans les localités où il exerce son art, la maladie est considérée par les détenteurs de bestiaux comme au-dessus des ressources de l'art ; les bêtes atteintes du fléau, en partie abandonnées aux seuls efforts de la nature, meurent ou guérissent facilement, et la plupart sont livrées à la consommation lors de l'apparition des premiers symptômes.

Dans le § 5 l'auteur revient à la contagiosité épizootique ; il annonce qu'elle est trop généralement admise pour qu'il y ait lieu de la démontrer ; cependant, il promet de citer à l'appui de cette opinion des faits nombreux empruntés à sa longue expérience. Pour le moment, il lui *suffit d'affirmer que la contagion de la pleuropneumonie épizootique est bornée et soumise à certaines conditions, mais qu'elle n'est pas moins une vraie contagion*. Pour être compris, ce passage aurait besoin d'une explication qu'on ne trouve pas.

Dans le § 6 l'auteur s'attache à déterminer le siège du principe contagieux et son mode de propagation. Il commence par ces mots : « La maladie a sans doute son siège exclusif dans les organes de la respiration, et dans les mêmes organes a lieu aussi le développement de la contagion, dont le germe, quand il est mûr, s'échappe avec l'haleine, en inspirant laquelle une bête saine peut gagner la maladie. La matière contagieuse sort aussi avec le mucus et les glaires qui coulent par les narines et par la bouche, etc. »

Il considère cette matière comme pouvant conserver pendant plusieurs années la propriété de se transmettre par voie de contagion, et c'est à l'inaltérabilité de la matière qu'il attribue l'insistance et le renouvellement de l'affection dans certaines contrées.

L'auteur annonce dans le § 7, qu'il va présenter un tableau complet de la maladie, qu'il suivra dans sa marche, de manière à *mettre en évidence le fait de la durée d'action de la matière contagieuse*, et ce à l'aide de ses observations propres.

Le premier fait consigné dans le § 8 est relatif à une vache

morte de l'animal, et dont il a fait l'autopsie en vertu d'un ordre émané de l'autorité supérieure. L'auteur se contente de déclarer qu'il a reconnu qu'elle était morte de la pneumonie épizootique, sans faire connaître les lésions qu'il a rencontrées sur le cadavre. Il part de ce fait, qui ne renferme que des détails vagues, pour rapporter à la contagion d'autres cas observés sur des animaux ayant cohabité avec la bête qui fait le sujet de l'observation que nous venons de citer.

Pour prouver non-seulement la contagiosité de l'affection, mais la durée et la stabilité du contagium, il rapporte qu'un certain nombre de bêtes ayant été placées dans une étable récemment bâtie, elles y sont restées en santé depuis le commencement de l'automne jusqu'au printemps; qu'à cette dernière époque, ces animaux abandonnés dans les pâturages après s'être abrités dans un hangar où avaient séjourné l'année précédente des animaux malades, n'avaient pas tardé de contracter la maladie, d'où l'auteur se croit en droit d'inférer, que le contagium peut conserver ses propriétés virulentes pendant un long espace de temps.

Le § 9 comprend un ensemble de faits qui n'ont aucune valeur scientifique et sont sans importance au point de vue pratique; les indications que l'auteur en tire pour expliquer la contagiosité, reposent sur des allégations gratuites et conséquemment inadmissibles. L'auteur fait connaître, à cette occasion, le traitement curatif et prophylactique; le premier est tout à fait empirique; il consiste dans la médication purgative et l'usage du soufre sublimé auquel l'auteur accorde la faculté élective d'exercer une action salutaire sur les tissus phlogosés; il indique comme signe non équivoque d'une heureuse terminaison, *qu'il y a amélioration lorsque l'animal se trouve mieux*. Quant aux moyens préventifs, il prétend qu'il suffit de retirer les bœufs du lieu infecté pour faire cesser la maladie. Plus loin il avance que douze animaux placés dans une étable séparée, abreuvés à la même source que les malades et faisant usage de fourrages emmagasinés au-dessus de l'étable des bêtes affectées, avaient été préservés du fléau par le seul fait de l'éloignement des personnes chargées de soigner les malades. Il semblerait s'ensuivre qu'il existe, de l'aveu même de l'auteur, d'autres voies de transmission que la bave, les glaires et l'haleine des bêtes malades.

Ces preuves n'ont pas paru à votre Commission suffisantes pour affirmer que la maladie, dans l'espèce, s'est transmise par

l'intermédiaire d'un contagium. En effet, si nous suivons l'auteur dans son récit, il avance tout d'abord que la maladie avait été apportée dans le troupeau par trois vaches achetées au marché. Tout en admettant son assertion, nous voyons que dans d'autres étables que celle où se trouvait la vache pour laquelle l'auteur était appelé, il en existait plusieurs également malades. Il est vrai que les bêtes malades ont été retirées de cette habitation, mais on y a laissé celles qui paraissaient être en bonne santé, en les soumettant toutefois à un traitement prophylactique; on a, en même temps, lavé le pavé avec de la lessive, blanchi les crèches et les murailles à la chaux. Mais de ce que ces animaux ont continué à habiter l'étable infectée et qu'ils n'ont pas contracté la maladie, peut-on en conclure que ces simples moyens de désinfection aient suffi pour anéantir le principe contagieux? La Commission pense que l'auteur a fait trop bon marché des faits et des inductions.

Dans le § 10 l'auteur cite des faits qui révèlent la confiance aveugle qu'il accorde à sa prophylaxie; il laisse dans la même étable, mais écartés *avec toutes les précautions* (précautions qu'il ne fait pas énoncer), les animaux malades et ceux qui se portent bien, dans l'intention de s'assurer de la spécificité et des *bornes* du contagium. Tout en admettant ailleurs que la bave même desséchée, conserve pendant longtemps la propriété de transmettre la maladie, l'auteur paraît admettre explicitement la nécessité du contact. Nous ne le suivons pas dans l'exposé de ce paragraphe, nous n'y trouvons rien qui puisse élucider cette question; tout y est vague, indécis et confus.

Dans le § 11 l'auteur reproduit les opinions qu'il a déjà formulées dans les paragraphes précédents pour prouver que l'éloignement des animaux malades suffit pour arrêter incontinent les progrès du mal, ce qu'il ne parvient pas à démontrer.

Quant au tableau des symptômes dressé par l'auteur, il ne se rapporte pas spécialement à la pleuropneumonie épizootique; il est insuffisant pour conduire à un diagnostic différentiel.

Dans le § 12 il fait l'exposé du traitement propre à combattre cette désastreuse maladie; nous ne croyons pas devoir nous y arrêter, en ce sens qu'il n'y a rien de précis, rien d'acceptable quant au choix des moyens et de leur application.

Le paragraphe qui traite des lésions anatomiques ne nous a point paru fournir des données plus intéressantes. L'auteur révoque en doute l'existence des lésions du tube intestinal, et considère comme caractéristique de la maladie à son début, celle qui con-

siste dans *l'inflammation du petit lobe pulmonaire qui recouvre le cœur*, etc.

L'auteur termine son travail en assurant que dans le pays qu'il habite, il est défendu de livrer à la consommation la viande provenant d'animaux affectés de la maladie à diverses périodes; il conseille de faire abattre les animaux lors de son apparition, ce qui lui a sans doute suggéré l'idée de placer en tête de son mémoire : *Eneca ut serves*.

En somme, ce mémoire ne répond en aucune manière ni à la lettre ni à l'esprit du programme.

Le Mémoire n° 2 porte pour épigraphe : « *L'histoire du passé ne nous est utile que quand elle nous donne des leçons pour l'avenir*. »

L'auteur divise son travail en six chapitres. Dans le premier qu'il intitule : *Historique de la pleuropneumonie épizootique*, il essaie de tracer la marche de la maladie à travers les siècles et signale les contrées qu'elle a ravagées; il consacre 51 pages à des détails qui sont en grande partie étrangers à son sujet; c'est ainsi qu'il cite à la page 24 plusieurs écrits sur la phthisie pulmonaire et n'établit aucun rapprochement entre cette maladie et la péripneumonie épizootique. Il en est de même à la page 31, où il cite l'ouvrage de Meessen sur la même affection, comme étant d'un grand poids pour l'histoire de la pneumonie en Belgique. L'auteur ne paraît pas s'être assez préoccupé de la spécialité de la matière qu'il avait à traiter; la plus grande confusion règne dans son récit. Du reste, la plupart de ses matériaux sont empruntés exclusivement aux ouvrages de Sauberg et de Numan.

En énumérant les symptômes de l'épizootie qui a frappé le bétail à Duffel, l'auteur ne satisfait pas aux vœux de l'Académie : c'était le tableau symptomatologique de la maladie en général qu'il fallait tracer, et il ne se rencontre nulle part.

Quant à la propagation de la maladie dans les Flandres, l'auteur paraît insinuer qu'elle y a été apportée par un troupeau de bêtes affectées, vendu publiquement à Bruges; plus loin il fait remarquer que la maladie *se propage quelquefois d'une manière si incertaine, qu'elle éclate quelque part sans que l'on sache comment et d'où elle est venue*. A la page 49 et suivantes, il attribue l'importation de la maladie en Hollande à des bêtes infectées, sans appuyer cette allégation d'aucune preuve; on comprend parfaitement que la question de la contagion do-

mine toutes les autres, mais elle n'est pas suffisamment débattue et nullement démontrée. L'auteur ne rapporte aucun fait historique qui établisse clairement la propriété contagieuse. Enfin on remarque dans tout le cours du Mémoire un défaut de méthode que la distribution de l'ouvrage par chapitres met en évidence plutôt que de le faire disparaître.

Le deuxième chapitre est intitulé : *Causes de la pleuro-pneumonie épizootique ; meilleur moyen de la prévenir et, lorsqu'elle existe, de la guérir.*

L'auteur annonce d'abord qu'il n'indiquera pas comme d'autres des moyens sans *quelques données certaines*, etc. Nous n'avons rien trouvé dans ce chapitre qui justifiait cette promesse : les causes qu'il signale sont toutes celles auxquelles on attribue la plupart des épizooties ; il les désigne sous le nom d'*originaires*, telles sont le froid, l'humidité, les habitations malsaines, la mauvaise alimentation, etc. Il ne paraît pas cependant y attacher une grande importance, car il ne tarde pas à revenir sur la matière de la contagion qu'il admet comme démontrée, et à laquelle il donne comme conducteurs, l'atmosphère, le mucus ou la *viscosité*, le fumier, les hommes qui se rendent d'auprès des bêtes malades auprès des bêtes saines. Il ne produit aucun fait qui puisse appuyer son opinion ; la différence qu'il établit entre les matières qui, selon lui, renferment le principe contagieux et celles qui ne le contiennent pas, est insignifiante ; il ne paraît pas toujours comprendre la valeur des expressions qu'il emploie, et confond généralement les maladies *épidémiques* avec les maladies *contagieuses*.

A la page 15, il cherche à démontrer que les matières imprégnées de l'élément contagieux peuvent conserver pendant plusieurs années la faculté de transmettre la maladie, à l'instar de la peste orientale ; il cite, pour appuyer son opinion, un exemple emprunté au docteur Numan qui est loin d'être concluant : l'argumentation à laquelle il se livre à cette occasion, est tout à fait inintelligible.

L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur la texture et les fonctions des poumons, pour arriver à l'explication du mécanisme de la pneumonite. Les idées physiologiques qu'il expose à ce sujet ne sont pas soutenables. Il croit que le contagium est de nature sulfureuse ; et, pour s'en assurer, il dit avoir suspendu devant la bouche des vaches pneumoniques des plaques d'argent qui n'ont pas tardé à se couvrir d'un dépôt de soufre fourni par

l'air expiré. Il explique de cette manière la découverte qu'il a faite du soufre dans l'élément contagieux. Pour démontrer la présence de cette substance dans l'élément contagieux, il fallait, ce nous semble, isoler celui-ci, ce qu'il n'a pas fait. Enfin tout ce que l'auteur dit à ce sujet et au sujet de l'hépatisation pulmonaire et de l'épanchement, est inexact. Il ne paraît avoir aucune idée de la transformation que subissent toujours et partout les organes phlegmasiés ; il est vrai de dire qu'il n'admet pas l'existence de la phlegmasie dans la pleuropneumonie bovine.

C'est sur cette théorie que la maladie, avec tous ses signes, est produite par la contraction de la trachée artère et de ses subdivisions, et ensuite des petites veines dans les poumons, sous l'empire d'une matière contagieuse de nature sulfureuse, et que le traitement tant *préservatif* que *curatif* est réglé, traitement dont l'auteur affirme avoir retiré les plus heureux effets.

Le traitement préservatif consiste à soumettre les vaches à des fumigations de poix noire réduite en vapeur, remplacées immédiatement par d'autres faites avec du fort tabac, l'étable se trouvant *hermétiquement* fermée. Mais dès que le tabac est tout à fait *évapouré*, on ouvre pendant un quart d'heure les portes et les fenêtres, et le soir on répand autour des vaches du vinaigre de vin. Cette opération se renouvelle journellement pendant six semaines, ensuite de deux jours l'un, puis une fois par semaine. Les avantages à recueillir de ces fumigations, en dehors de ses vertus préservatives, c'est qu'elles apprennent à distinguer les bêtes disposées à devenir malades de celles qui ne courent aucun danger. *Chez les premières, elles provoquent la toux et ne produisent pas ce phénomène chez les autres.* On administre à l'intérieur de la levure dans de l'eau à la dose de deux décagrammes par jour. Cette substance est donnée comme purificatrice du sang ; *il a été observé qu'elle active la circulation et fortifie les poumons par une plus grande activité, tandis qu'elle exerce aussi une action purifiante sur le canal intestinal par l'écoulement des matières brûlantes quand elles y existent.* L'auteur fut conduit à l'employer dans la pneumonite épizootique en raison des bons effets qu'on en a retirés en Hollande, en 1814, dans le traitement du typhus contagieux, etc. Les explications qu'il donne sur le mode d'action de la levure, qu'il préconise, tendent à démontrer que cette substance produit sur les poumons des effets diamétralement opposés à ceux qu'il veut obtenir.

Le traitement curatif ne nous paraît pas reposer sur des bases

plus solides. A part la séquestration que l'auteur recommande, il ne se trouve rien dans cette partie du Mémoire qu'on puisse admettre : il conseille les fumigations de poix noire et de tabac, et défend l'aspersion avec le vinaigre, sous prétexte que l'établissement n'étant pas encore chargé de l'élément contagieux, cette opération n'est pas nécessaire ; il ajoute une potion avec du poivre, de la mélasse, de l'huile de menthe et de la bière ordinaire, et un purgatif de sel d'Epsom ; on peut aussi faire une légère saignée, dit-il, lorsque le poumon *tend à se durcir*, ce qu'on reconnaît à *une respiration courte*, à une toux de *crampe spasmodique*, à la *couleur foncée et rouge des yeux*. Enfin il conseille d'appliquer autour du genou de l'avant-train un linge enduit de savon noir.

Quant aux fumigations, on doit s'en abstenir, si le degré de contraction des cellules pulmonaires est déjà très-avancé, afin de ne pas augmenter ce spasme par *une irritation acide* (?). Nous croyons inutile de suivre l'auteur sur le terrain de sa théorie : chaque pas qu'il y fait est une chute, chaque expression qu'il emploie est un non-sens.

L'auteur termine le deuxième chapitre par des conseils aux campagnards qui ne le cèdent en aucune façon en singularité à ceux adressés aux médecins. Ils se réduisent à l'administration des fumigations et de la levure. A l'aide des premières, l'éleveur parvient à reconnaître parmi ses vaches celles que la maladie menace ; un autre avantage de ces fumigations, c'est que les vapeurs produites par la combustion de la poix et du tabac, absorbent la matière contagieuse chassée des rainures et coins de l'étable qui pourrait encore se trouver dans l'atmosphère, et qui est ensuite expulsée au dehors quand on ouvre les portes et les fenêtres.

Enfin l'auteur insiste pour qu'à portée des bestiaux infectés on ne place aucun animal domestique, quelle qu'en soit l'espèce, afin d'éviter la transmission de la maladie à ces derniers. Cette recommandation aurait eu besoin d'être appuyée par quelques faits, et on n'en trouve aucun qui puisse l'étayer ; la transmission de la morve du cheval à l'homme qu'il invoque, ne peut en aucune manière en tenir lieu.

Les considérations présentées dans le troisième chapitre, relatives au parti que l'industrie peut encore tirer des différents produits des bestiaux atteints de pleuropneumonie, auraient plus de précision et seraient d'une plus grande utilité, si, respectant

les termes mêmes du programme, l'auteur les avait appliquées aux diverses périodes de la maladie. Si, comme il le pense, les phases de la maladie n'exercent aucune influence sur le parti à en tirer, il aurait dû s'en expliquer nettement, et déduire les raisons de sa manière de voir.

Si on élague du chapitre V les considérations chimiques qui l'encombrent, et qui nous paraissent un hors-d'œuvre, les précautions que l'auteur recommande pour le choix de la viande à livrer à la consommation et les moyens de neutraliser ses propriétés malfaisantes, ne sont pas à dédaigner.

Ce chapitre traite *de la manière la plus avantageuse au campagnard, d'agir avec ses vaches attaquées de la pleuropneumonie*. C'est la répétition de ce qui a été dit à ce sujet dans les chapitres précédents. Quant aux calculs de ce que pourra coûter la méthode préventive, ils pourront être consultés avec fruit par ceux qui voudront essayer de la méthode, s'il est vrai, comme l'auteur le déclare page 84, qu'entre ses mains elle a eu les meilleurs résultats.

Les derniers chapitres contiennent l'exposé de quelques mesures de police sanitaire qui, d'après l'auteur, pourraient servir de base à un projet de loi et auraient pour objet : *d'arrêter et d'extirper la pleuropneumonie épizootique*.

Sans adopter exclusivement les mesures qui y sont proposées, nous dirons qu'il en est dans le nombre dont on pourrait faire une application utile. Cette question très-complexe, qui ne ressortit pas exclusivement à l'hygiène, ne doit pas être examinée ici.

On a droit de s'étonner, après avoir parcouru le Mémoire, que l'auteur ne fasse nullement mention de la méthode de M. Willems, ni des tentatives d'inoculation préventive qui ont été faites en Hollande. Ou il n'en a pas connaissance ou il ne les croit pas assez intéressantes pour s'en occuper. Cependant, d'après ses convictions sur la nature contagieuse de la pleuropneumonie exsudative, elles auraient dû attirer son attention au point de vue prophylactique. Cette importante lacune, ainsi que les nombreuses erreurs et la confusion que nous avons fait ressortir dans cette analyse, prouvent jusqu'à l'évidence que l'auteur est loin de posséder la matière de manière à pouvoir répondre aux vœux de l'Académie.

En somme, le Mémoire n° 2 ne peut aspirer au prix, n'ayant pas satisfait aux termes fondamentaux et essentiels de la question. Dans son essai historique de la maladie, l'auteur en néglige

complètement la phénoménologie et ne dit pas un mot des diverses périodes dont se compose sa marche ; il n'en établit pas le diagnostic différentiel. Dans l'étiologie, point si important de l'histoire, il admet tout d'abord, mais sans donner aucune preuve suffisante, une matière contagieuse. Dans l'exposé de la thérapeutique, il ne rapporte aucun fait propre à établir l'efficacité de sa médication, et parmi les mesures prophylactiques qu'il propose, il ne dit pas un mot de l'inoculation, récemment préconisée par un médecin belge.

Du reste, cette production est écrite sous l'inspiration de sentiments philanthropiques ; elle est empreinte d'une conviction profonde, mais dépourvue de bases suffisantes pour la faire partager, et présente quelques vues de police sanitaire dignes d'être méditées.

Le Mémoire n° 3 porte pour épigraphe : « *C'est en interrogeant fréquemment la nature, que nous arrachons ses secrets.* (BUFFON.) » Il est divisé en dix chapitres dont nous analyserons successivement les principaux.

CHAPITRE PREMIER.

Aperçu historique.

Dans cet aperçu l'auteur ne paraît pas avoir consulté les sources originales ; c'est ce que l'on peut inférer de quelques citations inexactes, des appréciations fausses et des conclusions erronées qu'il en déduit. Aristote, Tite-Live et Virgile sont cités en premier lieu.

Le passage de Tite-Live auquel l'auteur fait allusion, se trouve dans le livre IV, § 25 et non dans le livre 25 comme il l'a écrit. Il se rapporte à une maladie ayant sévi l'an de Rome 323, 434 ans avant J.-C. Voici le passage :

- Siccitate eo anno plurimum laboratum est : nec cœlestes modo defuerunt
- aquæ, sed terra quoque, ingenito humore egens, vix ad perennes subfecit
- amnes. Defectus alibi aquarum circa torridos fontes rivosque stragem siti
- pecorum morientium dedit : scabie alia absumpta, vulgâtiq. contactu in
- homines morbi, et primo in agrestes ingruerant servitiaque, urbs deinde
- impletur. Nec corpora modo adfecta tabe, sed animos quoque multiplex re-
- ligio, et pleraque externa invasit. »

L'on doit convenir qu'il faut plus que de la bonne volonté pour tirer de ce passage une maladie pulmonaire.

L'auteur a puisé dans Paulet une assertion que ce dernier prête gratuitement à Tite-Live. L'historien romain se borne à

mentionner une peste qui attaqua les Carthaginois et les Romains, sous Marcellus, au siège de Syracuse, l'an 212 avant J.-C. et 542 de la fondation de Rome. Ni Tite-Live, ni Virgile ne disent un mot des maladies concomitantes des animaux. Silius Italicus décrit, en effet, l'affection qui attaqua les espèces animales. Il dit :

Vim primi sensere canes, mox nubibus atris
Fluxit deficiens penna labente volucris :
Inde feræ silvis sterni : tum serpere labes
Tartarea, atque haustis popularia castra maniplis.

SYMPTOMES.

Arebat lingua, et gelidus per viscera sudor
Corpore manabat tremulo : descendere fauces
Abnuerant siccae jussorum alimenta ciborum.
Aspera pulmonem tussis quatit, et per anheia
Igneus effiatur sitientium spiritus ora.
Lumina ferre gravem vix sufficientia lucem,
Unca nare jacent, saniesque immixta cruore
Expuitur, membrisque cutis tegit ossa peresis.

Sont-ce là les phénomènes d'une pneumonie, comme l'admet Paulet et d'après lui l'auteur? Quoiqu'il soit plus que probable que l'épizootie ne se borna pas seulement aux chiens, aux oiseaux, aux bêtes fauves et aux soldats du camp, que le parc d'approvisionnement, les chevaux en souffrirent également, le poète n'en fait cependant pas mention.

L'auteur croit que Virgile a tiré de son imagination l'épizootie qui ravagea les bords du Timave et les Alpes Noriques. Rien de plus saisissant et de plus vrai que cette description qui termine le troisième livre des Géorgiques :

Voyez-vous le taureau, fumant sous l'aiguillon,
D'un sang mêlé d'écume inonder le sillon?
Il meurt :

Ce phénomène n'est l'esquisse ni d'une hémoptysie, ni d'une hématoméose ; nous convenons qu'il n'a aucun rapport avec la pleuropneumonie, mais nous ne saurions concéder que ce soit une fiction poétique. Il suffit de se rappeler l'invasion d'une épizootie charbonneuse, pour admettre que le poète n'a pas exagéré. Ce qui se voyait de son temps, sous ce rapport, se voit encore de nos jours.

L'auteur répète les paroles de Paulet sur le moyen âge, et il dit avec lui que cette période ne nous a laissé *aucun* document

sur les maladies. Nous ne partageons pas cette opinion ; le moyen âge nous a laissé, au contraire, de nombreux documents sur les épidémies et les épizooties, mais il faut les chercher dans les chroniqueurs. Les descriptions laissent, à la vérité, à désirer, mais elles ne sont pas absurdes, et ce qui prouve que le mysticisme ne jouait pas un rôle aussi étendu que prétend l'auteur, d'après Paulet, c'est que les maux accablant l'homme et les animaux étaient mis en rapport avec les phénomènes naturels. Citons comme exemple les causes de la grande épizootie charbonneuse qui ravagea l'Angleterre en 1252, et telles qu'elles sont rapportées par Matthieu Paris, témoin oculaire :

• Gramen enim, quod et mirum fuit, etiam pratorum, adeo marcidum, aridum et durum, mensibus Majo, Junio et Julio inveniebatur, quod si manibus confricaretur, in pulverem cecidit resolutum. Cum igitur tempus æquinociale pluviam et temperiem arenti terræ præsentaret abundanter, facta est, propter pororum apertionem, terra sui prodiga beneficii, unde herbam protulit fertilem sed degenerem et innaturalem. Quam avide carpentes famelici pecudes et inanes, et sic repentina pinguedine dilatati, inutilis carnes et inordinatos humores produxerunt. Et sic innaturaliter lascivientes desipiebant : et subito corrupti et infecti mortui corruerunt, et etiam alios, propter vehementiam corruptelæ, sui contagio corrupuerunt. »

Dans un autre passage, le même auteur est encore plus explicite, et il indique l'une des véritables causes du charbon. Après avoir dit que des chaleurs subites, qui activèrent la végétation, succédèrent à un grand froid, il poursuit :

• Auxit autem illam fructuum jacturam residuorum, cum jam glandium grossitudinem sortirentur, gelu repentinum matutinale cum coruscatione innaturali, quam *uredinem* naturales philosophi appellant, pubertatem pomorum, glandium, faginæ et omne genus fructuum et etiam herbarum adeo adussit, ut vix pars decima remaneret. »

L'auteur arrivant à la fin du XVII^e siècle cite l'épizootie de la Hesse de 1693, dans laquelle quelques-uns de ses prédécesseurs ont cru reconnaître la pleuropneumonie exsudative. Il dit avec raison que l'on ne peut rien inférer des indications vagues données par Valentini et non *Valentin*, comme l'auteur écrit le nom.

L'auteur pense que les Alpes et les Vosges sont le berceau de la maladie et que de là elle s'est répandue sur l'Europe. Malgré l'insuffisance des détails, il croit pouvoir admettre que Jacob Scheuchzer la signala dans le canton de Zurich, en 1732 et en 1743, et qu'elle le fut dans la Souabe par Burkhart-Mauchart, en 1743.

relevons d'abord une grave erreur : l'auteur cite l'ouvrage de Scheuchzer dans lequel il a puisé ses renseignements ; il l'intitule *Fliegender Lungenkrebs*, tandis qu'il porte pour titre : *Fliegender Zungenkrebs*. C'est un mémoire sur le glossanthrax qui, en 1732, a envahi la majeure partie de l'Europe ; il n'a avec la pneumonie rien de commun. Les détails dans lesquels ce médecin entre, loin d'être insuffisants, sont au contraire très-précis. Il suit l'épizootie de commune en commune, de canton en canton et signale les différences présentées par l'affection locale de la langue.

Nous ajoutons que l'auteur n'indiquant pas le titre de l'œuvre de Scheuchzer de 1743, nous doutons que ce ne soit pas une date prise au hasard, car il n'a rien publié après 1732, du moins que nous sachions ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il n'a pas écrit un mot sur la pleuropneumonie exsudative.

Cette date est cependant importante dans l'histoire de la maladie ; on y rapporte l'origine du mal en Suisse, mais d'une manière encore vague. Le premier document précis, celui qui lève tous les doutes est une instruction adressée en 1731 aux cultivateurs par le Collège sanitaire du canton de Zurich. La description de la pleuropneumonie exsudative y est si exacte, qu'elle peut rivaliser avec celles que l'on rencontre dans les traités modernes. L'auteur passe sous silence cette pièce importante, d'où l'on semble pouvoir inférer que c'est en Suisse que la pleuropneumonie exsudative a pris naissance.

La maladie décrite par Burkhart-Mauchart et non *Bucard-Mauchard* comme l'appelle Paulet, suivant l'habitude des Français de refaire l'orthographe des noms étrangers, orthographe adoptée par l'auteur, n'a rien de commun avec la pneumonie. C'est la peste bovine qui envahit l'Europe en 1740 et qui n'était pas encore totalement éteinte en 1758.

L'erreur provient de ce que Paulet dit que la maladie était *quelquefois accompagnée de péripneumonie*. Nous savons que la congestion et l'engouement pulmonaires ne sont pas des phénomènes rares dans la fièvre pernicieuse du gros bétail, appelée peste bovine.

Bourgelat, poursuit l'auteur, constata l'existence de cette maladie, en France, en 1769. Les caractères qu'il trace des lésions morbides ne laissent aucun doute à ce sujet. Elle régnait alors dans la Franche-Comté où elle était connue sous le nom

de *Murrie* (sic) ; suivent les caractères anatomiques. L'auteur renvoie pour sa citation à la page 67 des notes que Bourgelat a jointes au mémoire couronné de Barberet.

Autant de mots, autant d'inexactitudes.

Le mémoire de Barberet a été couronné en 1765 ; les notes de Bourgelat portent la même date. Tiré à un petit nombre d'exemplaires, il fut distribué et n'entra pas dans le commerce. En 1808, M^{me} Huzard en publia une édition ; c'est celle que l'auteur a pu consulter. Nous lisons page 74 et non 67, note 2 : « Telle est la péripneumonie qui, dans certains cantons de quelques provinces de France, et notamment de la Franche-Comté, afflige annuellement les bêtes à cornes. Elle est connue dans celle-ci sous le nom bizarre de *Murrie*. »

C'est à la page 133, note 20, que l'on retrouve les détails anatomiques donnés par Bourgelat, et que nous croyons se rapporter à la pleuropneumonie exsudative.

La date que l'auteur attribue au fondateur des écoles vétérinaires appartient à Paulet, qui décrit l'épizootie de 1769.

Parmi les auteurs cités et qui ont étudié la pleuropneumonie exsudative, l'auteur mentionne Abilgaard. Ce médecin, fondateur de l'École de Copenhague, écrivait à la fin du XVIII^e siècle, époque à laquelle la pneumonie bovine exsudative était inconnue en Danemarck ; elle n'y a paru qu'en 1847.

Dans un aperçu historique, Kausch méritait plus qu'une simple mention, puisque le premier, en 1788, il a établi le diagnostic différentiel de la pneumonie d'après les caractères anatomiques des lésions pulmonaires.

Le mémoire cité de Sick concerne exclusivement la peste bovine, tandis que les recherches expérimentales de Sick et de Rudolphi, sur la contagiosité, publiées en 1804, sont passées sous silence.

Huzard, Chabert, Desplas, est-il dit ensuite, observaient vers ce temps une pneumonie très-meurtrière sur les vaches laitières de Paris et des environs, ainsi que dans le Duché de Luxembourg.

La Convention chargea en 1796, Huzard et Desplas d'étudier une épizootie qui exerçait de grands ravages dans le Luxembourg. Cette maladie, dont ils méconnurent le caractère, ne constituait pas une pneumonie, c'était la peste bovine que le parc d'approvisionnements de l'armée de Sambre et Meuse avait répandue dans les provinces de Liège, de Namur et dans le Grand-Duché. La peste paraît aussi avoir envahi le Brabant, et proba-

blement a-t-elle motivé les arrêtés du département de la Dyle, promulgués à cette époque.

L'auteur est vraiment malheureux dans ses citations ; il dit que Sauberg apprend contrairement à l'assertion de M. Numan, que la pneumonie se répandit rapidement dans les provinces hollandaises, et qu'elle enleva de 1833 à 1834, 63,989 bêtes bovines. Il renvoie, pour appuyer son assertion, au troisième cahier pour l'année 1843, du *Magazin für die gesammte Thierheilkunde*. Or, loin d'y rencontrer ce document, le nom de Sauberg ne s'y trouve pas seulement cité. Ce vétérinaire a publié en 1846, un mémoire couronné l'année précédente par la Société économique de Poztdam.

Loin de se mettre en désaccord avec M. Numan, il le suit pas à pas. Sauberg ne récapitule pas les pertes éprouvées par la Hollande ; c'est M. Numan qui en donne le tableau, non pas de 1833 à 1834, mais de 1833 à 1839.

La première apparition de la maladie en Frise eut lieu, au mois de janvier 1842, sur un troupeau de soixante-sept têtes, à Nyaga, et dans le mois de mars, sur cinquante-huit têtes à Warns.

Les abatages de bétail suspect ne se firent pas en vertu d'une loi spéciale ; un arrêté appliqua à la pneumonie l'art. 1^{er} de la loi de 1799 sur la peste bovine.

On voit d'après ce qui précède que l'aperçu par lequel s'ouvre le mémoire, est marqué surtout par l'absence de toute saine critique.

CHAPITRE II.

Symptomatologie.

Après avoir fait remarquer que la maladie ne se manifeste pas toujours de la même manière ; que les différences qu'on observe dans les expressions symptomatiques tiennent probablement à des circonstances inhérentes aux individus et aux causes qui la font naître ; que lorsqu'elle éclate dans une étable elle n'attaque pas toujours successivement les bêtes placées à côté des malades, etc., l'auteur divise la marche de la maladie en trois périodes : l'*évolution*, le *début* et la *période d'état*. La description de la période d'évolution nous a paru vicieuse en ce sens qu'on y fait intervenir la contagion dont on n'a pas encore démontré l'existence, et à laquelle la manière dont, suivant lui,

la maladie se propage dans les étables où elle a apparu, n'est guère favorable. Pour prouver que la toux n'est pas toujours le signe certain de l'imminence du danger, il est fait plusieurs citations dont quelques-unes manquent d'exactitude.

L'auteur trace minutieusement les symptômes qui traduisent l'existence de cette maladie, tout en observant avec raison qu'ils n'apparaissent pas tous d'une manière constante et régulière. Dans l'énumération des causes qui amènent cette multitude de symptômes variables, il aurait dû, ce nous semble, insister sur le plus ou moins d'extension accidentelle que prend le processus morbide, car, à côté des organes qui y sont toujours et nécessairement atteints, il y en a d'autres qui ne le sont que parfois et accidentellement. Mais les uns et les autres trahissent toujours leurs souffrances par des troubles fonctionnels propres.

La dissertation sur l'applicabilité de la percussion et de l'auscultation est intéressante, mais mal placée, car elle appartient au chapitre du diagnostic.

En terminant ce chapitre, l'auteur fait remarquer que de nombreuses différences existent dans les signes morbides secondaires suivant les circonstances dépendantes des idiosyncrasies, des causes déterminantes, des races, des climats, etc.; et dans le commencement du chapitre suivant il fait observer que ces signes morbides se manifestent, s'aggravent et se compliquent régulièrement dans l'ordre qu'il les a présentés dans son tableau. Ne semble-t-il pas qu'il y ait ici contradiction ?

A la page 17, l'auteur admet que la maladie peut revêtir des caractères d'acuité et de chronicité, qui en précipitent ou en ralentissent le cours dans certaines limites; et cependant il repousse la distinction de la pleuropneumonie contagieuse *en aiguë et chronique*; au verso de la page, il déclare qu'on voit dans les abattoirs des bêtes qui, au dire des éleveurs n'ont jamais présenté des symptômes de maladie et chez lesquelles on reconnaît d'anciennes altérations dans la poitrine qui démontrent que l'épizootie a existé à l'état latent. L'exposé de ces faits et les conclusions qu'il en tire ne constituent-ils pas une contradiction frappante ?

La plupart des médecins vétérinaires qui ont écrit sous l'empire des idées de l'école de Broussais, dit l'auteur, ont admis que la pleuropneumonie était souvent compliquée de l'inflammation des muqueuses intestinales. Pour lui, il avoue n'avoir jamais rien vu de semblable, si ce n'est chez les animaux qui avaient été

traités par l'acide arsénieux à fortes doses. Cependant, il y a une foule de praticiens très-recommandables qui ont constaté des lésions de la muqueuse digestive, notamment des ulcérations sur la muqueuse de l'intestin grêle, de la caillette et du gros intestin. Nous avons eu, il y a déjà un grand nombre d'années, avec M. l'inspecteur général du service de santé civil, occasion de les remarquer à l'autopsie des bêtes que nous avons fait abattre dans la Flandre Occidentale, pour cause de pleuropneumonie contagieuse. Il y avait là matière à une discussion fort intéressante sans que l'école de Broussais y trouvât rien à revendiquer.

CHAPITRE III.

Diagnostic et pronostic.

Pour arriver à ses diagnostics, l'auteur néglige complètement un des signes de la pneumonie exsudative sur lequel il avait beaucoup insisté, et avec raison : la grande sensibilité du rachis. Il s'est probablement rappelé qu'il n'avait pas toute la valeur que plusieurs auteurs lui ont accordée, en ce sens qu'on la remarque chez les bêtes saines comme chez les animaux malades. Il paraît ne pas avoir une idée de l'état organique du poumon dans l'emphysème ; la rétention de l'air, soit dans les vésicules pulmonaires, soit dans les mailles du tissu cellulaire, donne toujours naissance à une grande sonorité à la percussion, qui ne peut jamais exister dans la pneumonite avec ou sans épanchement pleural. C'est pourquoi dans l'emphysème, la sonorité thoracique, à l'endroit qui correspond à l'accumulation de l'air est notablement augmentée. Il est vrai qu'il en fait mention dans une observation particulière, mais il omet de le rapporter dans son tableau général.

L'auteur n'a pas été plus heureux en établissant le diagnostic différentiel de la pleuropneumonie et de la cardite ; rien n'y est clair et précis.

Quant au pronostic, le vague règne dans tout ce qu'il avance ; il fait d'abord une large part aux succès qu'on obtient des crises spontanées, telles que *diarrhée, diurèse, avortement*, etc., et il termine ce chapitre en conseillant de sacrifier sans distinction toutes les bêtes malades.

CHAPITRE IV.

Anatomie pathologique.

L'auteur avance, dans le premier alinéa de ce chapitre, qu'à tous les degrés de l'affection on trouve *constamment* dans la poitrine une certaine quantité de liquide citronné ou roussâtre, etc.; cette assertion est inexacte. Plusieurs autopsies faites depuis un grand nombre d'années ont donné la preuve du contraire.

Page 32, verso, il dit qu'une bête bovine guérie de la pleuro-pneumonite épizootique peut vivre longtemps, etc., avec les altérations que laisse à sa suite cette maladie, et que toutes les observations faites jusqu'aujourd'hui prouvent que ces bêtes jouissent de la précieuse immunité d'être préservées d'une attaque ultérieure de l'épizootie. Cette assertion nous a paru trop exclusive, et nullement justifiée.

À cela près, ce chapitre est une excellente compilation de ce que la science possède sur cette matière; et ce qui appartient en propre à l'auteur est exposé avec méthode. La discussion en est conduite avec sagesse et prudence, et les faits qu'il a observés sont expliqués d'une manière assez satisfaisante.

CHAPITRE V.

Pathognosie.

Au verso de la page 4, l'auteur donne l'induration comme la terminaison unique de la maladie qui nous occupe; cependant à la page 27, il s'exprime comme il suit : « *La prétendue gangrène n'est que le ramollissement nécessaire de l'induration; phénomène constant, aussi bien quand l'animal guérit que lorsque la mort survient*, etc.; » puis à la page 31, recto : « *quand elle se prolonge pendant plus de 12 jours on le voit au contraire (le tissu pulmonaire) revêtir une teinte plus foncée et se ramollir.* » Il est fâcheux de rencontrer de pareilles contradictions qui déparent le travail au moment où il devient le plus intéressant.

La discussion qu'il entame sur la spécificité de l'affection, les caractères anatomiques qu'il attribue à la pneumonite épizootique et à la pneumonite franche, les phénomènes morbides qui accompagnent l'évolution de chacune, nous paraissent exposés de manière à faire ressortir la différence qui existe entre les deux maladies quant à leur nature. Il est vrai que cette question ne

peut pas encore recevoir une solution complète, mais au moins celle qu'il en donne nous a paru assez satisfaisante.

Quant à la question de savoir si dans la pleuropneumonie épizootique, les organes pulmonaires sont primitivement et idiopathiquement affectés, ou secondairement, ou bien si le sang est altéré avant les solides, elle est mal posée. Aussi la solution qu'il en donne est inadmissible en ce sens qu'elle est mixte.

CHAPITRE VI.

Thérapeutique.

Dans ce chapitre, l'auteur commence par faire connaître les circonstances qui doivent, en présence de la maladie, porter le vétérinaire à soumettre les animaux à un traitement méthodique ou à en faire le sacrifice pour en livrer les produits à la consommation ; il indique avec beaucoup de précision les conditions dans lesquelles doivent se trouver ces animaux pour faire adopter l'un ou l'autre de ces moyens, et trace avec clarté le tableau des signes et symptômes à l'aide desquels on s'assure de leur incurabilité.

Il passe ensuite en revue les remèdes nombreux et variés qu'on a préconisés contre la pleuropneumonie exsudative suivant le caractère que leurs auteurs ont assigné à la maladie ; il insiste particulièrement sur un remède empirique, découvert par Koenig, vétérinaire prussien, et dont l'emploi a été recommandé naguère par le Gouvernement comme un moyen efficace. Ce remède qui a joui d'une vogue peu méritée en Belgique, n'est autre chose que le sulfate de fer dont il a été fait une prompte et entière justice. L'auteur reproduit succinctement les opinions sur lesquelles l'inventeur appuie sa méthode curative, et il fait remarquer que les lésions cadavériques qu'il a rencontrées à l'autopsie des animaux qui ont fait le sujet de ses observations, n'appartiennent en aucune manière à la pleuropneumonie épizootique, mais bien à la phthisie tuberculeuse. De son côté, l'auteur reproduit les expériences qu'il a faites pour répondre aux intentions du Gouvernement, et elles lui ont fourni l'occasion de s'assurer que non-seulement le remède est inefficace, mais qu'il amène plus promptement la mort que lorsque les malades sont abandonnés à eux-mêmes ou soumis à un autre traitement. Ces résultats, du reste, sont tout à fait en harmonie avec ceux qu'ont observés la plupart des vétérinaires du pays.

L'auteur consacre à l'examen de ces méthodes curatives empruntées à la plupart des agents de la matière médicale, seize grandes pages et finit par donner la préférence au sel de soude dont les effets lui paraissent plus propres à modifier l'état du fluide circulatoire qui, dit-il, renferme assez généralement, du moins dans la première période de la maladie, une surabondance de principes protéiques, tels que l'albumine, la fibrine, etc., comme l'ont démontré les analyses de M. Lassaigue. Partant de cette idée, l'auteur invoque les expériences de MM. Denis et Beudant, sur l'action fluidifiante des alcalis, et explique d'après cette théorie le mécanisme de sa médication de prédilection ainsi que les avantages qu'on peut en retirer dans le traitement de cette désastreuse maladie. La Commission partage volontiers les opinions de l'auteur relativement à l'usage du sel de soude, mais elle s'étonne de lui voir prôner le sel marin comme jouissant de la propriété d'*échauffer* et d'*épaissir* le sang.

À l'endroit des émissions sanguines, l'auteur ne partage pas l'avis de MM. Potelle, Clabert de Chillon, Grogner et Delafond, qui conseillent les saignées copieuses et répétées, au début. Sans renoncer aux émissions sanguines, l'auteur recommande d'en être sobre, s'appuyant sur les expériences de MM. Andral, Gavarret et autres qui ont reconnu que les soustractions sanguines répétées un certain nombre de fois dans un espace de temps limité, loin d'abaisser la quantité de la fibrine, l'élèvent au contraire considérablement et fournissent ainsi plus abondamment l'élément de l'exsudation. L'auteur ne dit pas si, dans ce cas, c'est le chiffre relatif de la fibrine qui augmente ou si c'est le chiffre absolu. Du reste, il n'est pas exclusif : il convient qu'il peut se présenter des indications qui nécessitent plusieurs déplétions.

L'auteur examine ensuite la question des révulsifs au point de vue prophylactique et curatif : il reproduit très-succinctement les opinions de quelques auteurs sur le choix qu'on doit en faire et le lieu de leur application. Sa discussion roule particulièrement sur les sternutatoires dont les essais ne sont pas encore assez nombreux, dit-il, et les effets assez bien constatés pour qu'on se prononce sur les avantages qu'on peut en retirer.

Le reste du chapitre est consacré à l'hygiène des animaux malades ; cette partie du travail est traitée avec un talent remarquable, et renferme des documents qui pourraient être consultés avec avantage par les praticiens. L'ensemble de ce chapitre prouve assez que l'auteur possède bien son sujet. Sa thérapeutique bien

raisonnée est un fait surtout de logiques applications ; on pourrait peut-être lui reprocher de ne pas avoir posé assez nettement ses idées sur les indications curatives , de s'être trop étendu sur les médications empiriques et d'avoir négligé d'établir une distinction entre la médication rationnelle et la médication empirique ; cette distinction l'aurait inévitablement amené à mettre en harmonie avec sa théorie, l'emploi des sels neutres dont il cherche à faire une médication rationnelle. On aurait désiré aussi quelques mots au moins sur les modifications que le traitement doit éprouver suivant les périodes de la maladie, la constitution médicale, les complications, le génie épidémiologique qui peuvent lui donner un cachet différent.

CHAPITRE VII.

Étiologie.

On ne comprend pas d'abord, ce qui a pu déterminer l'auteur à placer le chapitre du traitement avant celui de l'étiologie. C'est un contre-sens, une infraction à toute bonne méthode, que n'explique pas la droiture de son jugement.

Dans le § A, l'auteur reproduit les conditions climatologiques, topographiques et telluriennes sous l'influence desquelles la maladie s'est développée dans les régions accidentées de la France. Ce passage est emprunté au remarquable mémoire de M. l'inspecteur général des écoles vétérinaires, publié dans le recueil de médecine vétérinaire (cahier de mars 1854). Il fait quelques rapprochements entre ces conditions et celles qui sont inhérentes à certaines localités de notre pays où la maladie a exercé de grands ravages, ainsi que celles que le fléau a épargnées ; il cite à l'appui de ces opinions quelques observations qui paraissent assez concluantes. Les circonstances étiologiques signalées par l'auteur sont fort intéressantes sans doute ; mais il a omis de parler d'une condition essentielle, au point de vue de l'origine de la pleuropneumonie. Constatons d'abord que la maladie a paru en Suisse, avant d'être connue dans le Jura et les Vosges : on sait que les hautes vallées de la Suisse sont exposées à un vent austral, connu sous le nom de *Föhn*. Chaud et humide, ce vent, qui élève le thermomètre et fait baisser le baromètre, a une influence des plus marquées sur les êtres vivants : les végétaux se fanent ; les animaux sont inquiets, s'agitent ; les vaches mugissent, portent la queue haut, bondissent en tous sens

comme à l'approche d'un orage. Même inquiétude de la part des chevaux ; les oiseaux se réfugient dans les fourrés, les poissons s'élèvent souvent au-dessus de la surface des eaux. L'homme est plongé dans un état de prostration avec céphalalgie, il éprouve des envies de vomir, un engourdissement des membres, etc.

Dans l'année 1765, ce vent était en quelque sorte permanent ; il en résulta une constitution morbide décrite par Tissot, qui fit éclore la pneumonie parmi l'espèce bovine et des pleurésies mortelles chez l'homme.

Un auteur moderne, Guggenbühler, attribue formellement à ce vent la cause de la pneumonie bovine et de la même maladie chez l'homme, qui comme celle du bétail est endémique en Suisse.

A la page 66, verso, on lit : « *Le sang afflue en plus grande quantité vers les poumons, d'où peut résulter le principe de l'exsudation.* » Nous n'avons pas compris ce que l'auteur entend par *principe de l'exsudation*, il a substitué les mots aux choses. Et encore pour que le principe de l'exsudation résulte des conditions qu'il a énumérées, il faut que l'animal y soit prédisposé d'ailleurs par d'autres causes nosogènes, ce qu'il tend à démontrer en terminant ce paragraphe.

Dans le § B, qu'il intitule : *Conditions spécifiques et individuelles qui prédisposent les bêtes bovines à la pleuropneumonie exsudative*, l'auteur cherche à réfuter l'opinion des vétérinaires qui ont avancé que la dégénérescence des races prédisposait les animaux à la maladie ; il croit l'avoir réfutée victorieusement par des assertions qui ne nous paraissent pas suffisamment appuyées. Laissons parler l'auteur : « C'est particulièrement parmi les plus belles races que la maladie prend ses victimes de préférence ; dans notre pays, elle attaque rarement les animaux abâtardis que l'on rencontre si fréquemment chez les petits cultivateurs ; les races les plus petites, les plus chétives, sont celles qui y résistent le mieux : la campinoise ne la contracte presque jamais, et l'ardennaise brave le plus souvent impunément la contagion, tandis que les races les plus belles, les plus perfectionnées sont décimées impitoyablement : le beau bétail de la Hollande, de la Suisse, de l'Angleterre et des Flandres, est celui qui a été le plus ravagé ; les animaux à poitrine étroite, à côtes plates, sont bien prédisposés à contracter la phthisie pulmonaire, mais ce sont ceux qui sont

dans des conditions opposées qui contractent la pleuropneumonie épizootique.

« Si l'on considère que les races bovines les plus perfectionnées sont celles qui s'éloignent le plus de l'état de nature, et que l'homme en créant et en façonnant les races à son usage, n'a pas en vue de conserver les animaux dans l'état le plus parfait de santé, mais bien de les mettre en état de confectionner le plus promptement possible, même aux dépens de leur santé, les produits qu'il en attend, en développant certains organes aux dépens d'autres, et en détruisant ainsi l'équilibre entre les fonctions vitales, on concevra que ces produits de l'art pour ainsi dire, seront exposés à contracter des affections particulières, en rapport avec les modifications organiques qui les éloignent plus ou moins du type spécifique. »

Disons tout d'abord, que dans toutes les localités de la Belgique, où le sol est riche, l'agriculture prospère, l'industrie agricole active, on recherche et on entretient le bétail le plus beau, celui qui par sa conformation, par ses développements, présente le plus d'aptitude à fournir les produits les plus abondants en lait, en chair et en graisse. Il y est nourri abondamment au pâturage ou à l'étable ; s'il est livré à l'engraissement, il reçoit en excès des aliments excitants très-substantiels qui donnent un sang riche en matières protéiques, possédant tous les éléments favorables à l'exsudation plastique ; ces animaux se trouvent incontestablement dans les conditions étiologiques précédemment indiquées.

Le bétail du petit cultivateur, au contraire, habitué à un régime doux, peu réparateur, entretenu pour la production d'une médiocre quantité de lait, à l'abri des causes d'excitation, n'est guère accessible à la maladie, à moins qu'il ne subisse l'influence de la contagion. Mais s'il abandonne brusquement ces conditions, s'il est soumis sans ménagement à une alimentation stimulante, réparatrice, conservera-t-il le privilège de l'immunité que lui attribue l'auteur dans ses conditions primitives ? Nous ne le pensons pas. Nous avons vu maintes étables renfermant ces diverses catégories d'animaux, ravagées par le fléau sans distinction de races. Ce que nous venons de dire est aussi applicable à la race campinoise qui vient payer son tribut à la maladie dans les étables de nos laitiers et plus largement encore dans les distilleries de Hasselt et de ses environs.

Nous comprenons, comme le fait remarquer l'auteur, que les *races perfectionnées* n'ont obtenu certaines aptitudes qu'au

préjudice de leur santé et que cet état de l'organisme donne beaucoup plus de prise à la maladie ; mais nous ne pouvons admettre que la race ardennaise *brave le plus souvent impunément la contagion* parce qu'elle est *chétive*. Quiconque a étudié la race ardennaise conviendra qu'elle est la plus rustique et la plus robuste de toutes celles que nous possédons, et que si elle a le privilège de *braver la contagion*, elle le doit à la résistance vitale dont elle est douée ; d'un autre côté, nous verrons rarement les animaux de ce pays en rapport avec les conditions étiologiques que l'auteur a considérées comme prédisposantes et déterminantes de la pleuropneumonie épizootique. C'est du reste ce qu'il expose avec beaucoup de lucidité dans les § C et D qui forment une des parties les plus intéressantes du Mémoire. Nous pensons que l'erreur que l'auteur a commise à ce sujet, tient à ce qu'il n'a pas fait la différence de l'amélioration du bétail au point de vue de la production, amélioration qu'on n'obtient qu'aux dépens de la santé, de celle qui porte sur la constitution des êtres. Ce que l'auteur dit de la sécrétion laiteuse, du travail, des pâturages et de la stabulation, comme cause de la pleuropneumonie, est discuté avec beaucoup de talent et donne une idée élevée de son jugement et de sa compétence.

Dans le § E, l'auteur se livre à des réflexions fort intéressantes sur les causes de la pleuropneumonie exsudative ; il analyse leurs effets, fait connaître les modifications qu'éprouvent les grands appareils organiques et les fonctions qui leur sont dévolues, et arrive ainsi à l'explication du mécanisme des altérations pathologiques qu'éprouvent les organes renfermés dans la poitrine. Dans la discussion chimique à laquelle il se livre, pour terminer ce chapitre, on pourrait peut-être lui faire le reproche d'être un peu prolix ; néanmoins, par les conclusions tirées des faits chimiques dans leurs rapports avec la pleuropneumonie exsudative, il arrive à démontrer aussi clairement qu'il est possible de le faire, que le sang est *malade, altéré* avant le poumon ; en un mot que la maladie est toujours primitivement générale.

En somme, le chapitre VIII est un excellent travail, riche de faits et de raisonnements ; il est à regretter qu'il ne soit pas à sa place.

CHAPITRE VIII.

Prophylaxie.

L'auteur reconnaît deux ordres de moyens préservatifs : au premier appartiennent ceux qui ont pour but de s'opposer à l'action spontanée des causes prédisposantes et déterminantes ; le second comprend ceux qui empêchent la propagation de l'affection par l'effet de la cause occasionnelle (la contagion). Il fait ensuite quelques réflexions sur les vertus préservatives de quelques substances qu'on a préconisées dans ces derniers temps, telles que le sel marin, le goudron, le chlore, etc. Il cite à ce sujet des faits et des raisonnements qui suffisent pour démontrer l'inanité de ces moyens comme préservatifs et curatifs. Son argumentation sur le mécanisme de l'action du chlore comme destructeur des miasmes animaux manque de clarté et de précision ; il lui accorde 1^o la propriété de changer la composition de l'air (il ne dit point quels sont les changements que sa présence y apporte) ; 2^o celle de désinfecter. Il ne nous dit pas non plus comment il détruit l'infection : on attribue bien au chlore la vertu de décomposer les vapeurs hydrogénées, mais pour ce qui est de l'atmosphère, il est sans aucune vertu pour en changer la composition.

En tête du second alinéa, page 95, l'auteur s'exprime comme suit : « *La saignée préservative n'empêche nullement la maladie de se développer, ni même la contagion.* » Cette phrase ainsi rédigée est vague et manque de sens. L'auteur a sans doute voulu dire que la saignée ne préserve ni du développement de la maladie, ni de la transmission. Il conseille cependant d'y avoir recours chez les bêtes bien nourries, dont l'état pléthorique produit des tremblements, de légères météorisations, la rougeur, le gonflement des yeux, l'oppression, la toux, etc., qui sont souvent les signes précurseurs de l'épizootie. Sans vouloir contester les bons effets de la saignée, nous ne pouvons admettre avec l'auteur que c'est par la soustraction des principes fibrino-albumineux du sang, que cette opération prévient le mouvement fébrile ; sans cela il suffirait de tirer du sang pour guérir les pyrexies. S'il avait mieux réfléchi à leur genèse il se serait exprimé, sans doute, avec plus de réserve.

Il fait ensuite l'histoire de l'inoculation et indique succinctement l'application qu'on en a faite, dans le but de rendre plus

bénignes certaines maladies meurtrières qui attaquent l'homme et les animaux ; il cite à ce sujet les auteurs qui ont tenté l'inoculation de la pleuropneumonie exsudative, non dans le but d'en préserver les animaux, mais seulement pour s'assurer de ses propriétés contagieuses : il arrive ainsi à l'exposé de la méthode de M. Willems qui est maintenant à l'étude dans différentes contrées de l'Europe. Il ne paraît vouloir rien préjuger de la découverte du médecin de Hasselt, et laisse à la Commission instituée à l'effet de répéter les expériences de l'inventeur le soin de statuer ultérieurement sur la valeur préservatrice de ce procédé. Néanmoins, tout en s'imposant cette réserve, il émet assez clairement une opinion peu favorable à la méthode considérée comme moyen préventif et signale des faits qui paraissent infirmer les propositions fondamentales de son auteur.

Dans le § 2, qui traite de la contagiosité, l'auteur affirme, en s'étayant des expériences de Diederichs, Gaultet, Veith, etc., que le principe contagieux de la maladie ne réside ni dans le mucus nasal, ni dans la bave, ni dans le sang recueilli sur des bêtes malades ou provenant des cadavres, ni même dans le liquide séreux ou séro-sanguinolent exprimé des poumons, mais bien dans les *matières animalisées entraînées* par l'air expiré ou la perspiration cutanée insensible ; que ce principe contagifère est volatil, qu'il est charrié par l'air atmosphérique, et qu'à l'aide de ce véhicule il est introduit dans l'organisme par les voies respiratoires, et y détermine un processus morbide végétatif, identique à celui qui lui a donné naissance. L'auteur, en citant les résultats de ces expériences, en déduit naturellement que le docteur Willems en inoculant sur des bêtes saines le liquide exprimé des poumons malades, ne fait pas pénétrer par cette voie le virus de la pleuropneumonie exsudative, et s'appuie ainsi les fondements de sa méthode.

En l'absence d'un moyen reconnu capable de préserver les bêtes bovines des effets pernicieux des causes de la pleuropneumonie, l'auteur adresse aux cultivateurs et aux propriétaires de bestiaux des conseils à l'aide desquels ils pourront mitiger autant que possible les effets nuisibles de ces influences : les moyens qu'il prescrit sont simples, peu dispendieux, à la portée de tout le monde et d'une exécution facile ; ils consistent dans des modifications à apporter au régime alimentaire, suivant l'âge, le sexe et la destination des animaux ; dans le soin d'éloigner le bétail sain de tout contact avec les bêtes suspectes ou affectées

de la maladie, enfin dans le choix et l'assainissement des étables.

En terminant cet article, l'auteur recommande comme mesure complémentaire, de purifier les lieux où les bêtes pneumoniques ont séjourné, avant d'y introduire des bêtes saines. A cet effet, il conseille, indépendamment des fumigations de chlore, d'enlever préalablement le fumier, les toiles d'araignées, de laver le sol, le bas des murailles à grandes eaux, et il considère comme précaution inutile celle d'enlever le pavement et de ratisser les objets en bois. Votre Commission s'étonne que dans l'ignorance où on est encore sur le mode de transmission de la maladie, l'auteur puisse négliger cette opération, alors qu'il admet la possibilité de la transmission par les vêtements ou d'autres objets privés de vie et surtout après avoir déclaré (page 87 recto) que la manière dont la contagion s'exerce, *est presque toujours aussi mystérieuse que l'essence de l'élément morbifère qui le propage.*

Police sanitaire. Dans cet article, l'auteur fait ressortir l'insuffisance des moyens prescrits par les lois et arrêtés pour éviter la propagation des maladies contagieuses ou épizootiques ; il fait observer avec raison que jusqu'à ce jour, ces mesures ont reçu peu d'applications utiles : d'abord, parce qu'elles sont les mêmes pour toutes les maladies contagieuses, et que, pour ce qui est relatif à la pleuropneumonie exsudative, quelques-unes sont superflues et la plupart incomplètes ; que, d'un autre côté, l'application de ces lois se trouvant confiée aux autorités communales, elles sont peu fidèlement exécutées. Il est prouvé, en effet, que les chefs de la plupart de ces administrations, loin de prendre des mesures de police tendant à arrêter le fléau dévastateur, deviennent, quand il éclate chez eux ou chez leurs administrés, les auteurs de sa propagation, en protégeant, au mépris des lois, un commerce scandaleux d'animaux infectés.

Quant aux médecins vétérinaires préposés à la surveillance du bétail, tout en reconnaissant les services éminents qu'ils ont rendus à l'agriculture, au point de vue de la pleuropneumonie exsudative, ces fonctionnaires pourraient encore en rendre davantage, dit l'auteur, si on leur donnait le droit d'initiative pour faire cesser les abus qui parviennent à leur connaissance, sans les soumettre à l'intermédiaire des autorités peu compétentes, et à des formalités nombreuses, inutiles, dont l'exécution souvent trop lente, compromet sérieusement la richesse publique.

Sans suspecter en aucune manière la probité du médecin vétérinaire, l'auteur voudrait que dans l'exercice de ses fonctions, on cessât de le placer entre ses devoirs et ses intérêts. On sait, en effet, que lorsqu'il est requis par une autorité quelconque à l'effet de constater la contagiosité d'une maladie, il se voit refuser toute indemnité de voyage et de vacation, si celle-ci n'est pas contagieuse, ou si, appelé à juger de la nécessité d'abattre un animal auquel il n'aurait pas donné ses soins, il croirait encore à la possibilité de sa guérison. Votre Commission pense que l'indemnisation ne devrait pas être subordonnée à la circonstance de l'existence réelle de la maladie que ce fonctionnaire est appelé à constater ; qu'il suffirait qu'il se fût déplacé dans cette intention, spontanément ou en vertu d'un réquisitoire émané de l'autorité, pour avoir droit au remboursement de ses frais de déplacement.

L'auteur termine ce chapitre par l'exposé *d'un projet de règlement à suivre par les administrations et les médecins vétérinaires du gouvernement pour éviter le progrès de la pleuropneumonie exsudative, ainsi que par les propriétaires de bestiaux, pour avoir le droit de jouir d'une indemnité sur le fonds d'agriculture.*

Ce projet, qui n'est que le corollaire des propositions faites par l'auteur au commencement de ce chapitre, renferme vingt-deux articles : il règle 1^o l'indemnité qui pourra être accordée aux propriétaires de bestiaux qui se conformeront aux dispositions qu'il renferme, dans le but d'éviter la propagation de la pleuropneumonie épizootique ; 2^o les devoirs qui incombent à l'autorité communale dans le cas où la maladie vienne à éclater dans sa localité, et au médecin vétérinaire dans son rayon de surveillance. Enfin il expose assez clairement les mesures de police les plus propres à enrayer les progrès du mal de manière à ne point gêner les transactions commerciales.

Ce projet de règlement, sans être exempt de reproche, renferme des documents utiles pour la rédaction d'une loi sur la matière.

CHAPITRE IX.

Manière d'utiliser les animaux atteints de la pleuropneumonie exsudative contagieuse.

L'auteur examine cette question au point de vue de l'hygiène publique ; il reproduit et discute l'opinion de la plupart des

auteurs sur les effets que peut produire l'usage de la viande provenant d'animaux affectés de la pleuropneumonie exsudative dans l'alimentation de l'homme, et conclut à ce que son usage soit toléré, même dans les temps ordinaires. Il ne pense pas non plus, que l'usage du lait fourni par des vaches atteintes de pleuropneumonie exsudative, puisse porter atteinte à la santé, et qu'on doive s'abstenir d'employer les débris des animaux morts ou abattus par suite de cette maladie, dans l'industrie manufacturière et agricole.

En somme, le mémoire portant le n° 3 est un travail utile ; les problèmes soulevés dans la question de l'Académie, y sont abordés avec franchise, et la solution en est poursuivie avec sagacité, talent et bonne foi. Mais l'auteur y fait une trop grande place aux hypothèses gratuites, et dans l'ardeur de sa conviction, il s'en est trop facilement payé et les a données comme bases de ses déductions. Cependant, il faut lui rendre cette justice, qu'il est parfaitement à la hauteur de sa tâche, et qu'il n'a reculé devant aucun effort pour la conduire à bonne fin. Cela est d'autant plus digne d'éloges que, vétérinaire praticien comme il l'annonce, et fort répandu, il n'a certainement pas eu assez de ses loisirs pour composer son mémoire, mais qu'il lui a fallu dérober du temps à sa clientèle et s'imposer des sacrifices réels.

CONCLUSIONS.

En conséquence de ce qui précède, votre Commission a l'honneur de vous proposer d'écarter du concours les mémoires n° 1 et n° 2, et, tout en déclarant, pour les raisons déduites ci-dessus, que le Mémoire n° 3 ne peut aspirer au prix, d'accorder à son auteur une médaille d'encouragement et d'inscrire son nom sur la liste des aspirants au titre de correspondant.

Et comme la question de la pleuropneumonie exsudative sera très-incessamment soumise directement aux discussions de la Compagnie, votre Commission est d'avis de la retirer du concours.

— Personne ne demandant la parole, les conclusions de la Commission sont mises aux voix et adoptées. L'Académie décide en outre que la question sera retirée du concours.

2. DISCUSSION du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours de 1851-1853, sur la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. — M. MARINUS, rapporteur (1).

Messieurs,

Il fut un temps, et ce temps n'est pas bien éloigné de nous, où la chirurgie consistait principalement dans l'art d'opérer, de guérir en détruisant, en enlevant les parties lésées et en substituant ainsi à la maladie une mutilation ou une difformité. Aujourd'hui la chirurgie tend à restreindre autant que possible ces opérations extrêmes, à les rendre inutiles, à se faire, en un mot, *conservatrice*. On est d'accord qu'il y a infiniment plus de mérite et plus d'avantage pour le malade de guérir sans avoir recours à l'opération, que de montrer son talent opératoire en amputant proprement et dextrement un membre.

Ce principe universellement proclamé, a reçu une application heureuse entre les mains de l'auteur de la méthode *amovo-inamovible*, qui l'a généralisé et érigé en précepte.

L'Académie en a compris toute l'importance, et dès 1849 elle mit au concours la question suivante : « Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

L'appel fait aux praticiens n'eut pas tout le résultat que l'on était en droit d'attendre : un seul mémoire parvint en réponse à la question, et ce mémoire, qui était plutôt une brillante dissertation philosophique qu'un travail pratique, ne fut pas jugé digne du prix ; une médaille d'encouragement fut accordée à l'auteur, M. le docteur Massart, de Napoléon-Vendée, dans la séance du 29 novembre 1851. Dans la même séance, l'Académie maintint au concours, pour 1853, la question non résolue.

Cette fois, Messieurs, trois mémoires vous sont parvenus sur cette question, et vous les avez renvoyés à l'examen d'une Commission composée de MM. Michaux, Burggraeve et moi.

Avant d'aborder l'examen de ces mémoires, vos commissaires ne se sont pas dissimulé les difficultés du problème que les concurrents avaient à résoudre. En effet, la question est tellement

(1) La Commission était composée de MM. MICHAUX, président, BURGGRÆVE, et MARINUS, rapporteur.

vaste, tellement compliquée, que pour la traiter convenablement il fallait passer en revue toutes les affections chirurgicales, et le nombre en est grand, qui peuvent donner lieu aux amputations et aux résections, discuter et apprécier les moyens thérapeutiques propres à les éviter. Il ne suffisait pas d'offrir un résumé de la science sur ce sujet ; il fallait produire un traité pratique de chirurgie conservatrice, reposant sur des faits dogmatiques et établissant des principes découlant de ces derniers. C'était là, si nous ne nous trompons, ce que l'Académie demandait.

Une analyse succincte, mais exacte des mémoires qui nous sont soumis, vous montrera, Messieurs, si les concurrents ont atteint le but du programme.

Le mémoire coté numéro 1 a pour devise : « *Les limites du possible dépassent tôt ou tard l'horizon tracé par l'état présent de la science, et la plupart des vérités, qui sont devenues des faits, ont toujours commencé par être regardées pour des visions.* »

Dans une courte préface, l'auteur prévient qu'il a pris part au concours dans l'intention d'exprimer ses sympathies pour le but que l'Académie s'est proposé d'atteindre : guérir sans mutilation. Il s'excuse d'avoir quelque peu dépassé les limites de la question, ne supposant pas qu'on lui applique cette maxime de Montaigne : *Celui qui passe le but, le manque aussi bien que celui qui n'y arrive pas.*

L'auteur a divisé son travail en deux parties distinctes : l'une est le mémoire proprement dit, l'autre se compose de notes et de citations qui se rapportent au texte du mémoire.

La première partie est divisée en sept paragraphes que nous allons successivement examiner.

§ 1^{er}. « *Pour nous, dit l'auteur, amputer n'est pas guérir le mal, c'est emporter la partie malade.* » Et comme l'opération n'offre, en échange des maladies auxquelles on l'oppose, qu'une mutilation ou une difformité, et que son succès est toujours douteux, il ne faut y avoir recours que lorsqu'on aura perdu tout espoir de conserver le membre affecté, c'est-à-dire après avoir essayé vainement de tous les moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité. Suit l'énumération des maladies considérées autrefois comme incurables sans le secours de l'amputation : les plaies des membres par écrasement, avec esquilles ou broiement des parties molles ; les luxations des articulations ginglymoïdales ; les plaies avec suppuration excessive, intarissable, épuisant les ma-

lades et produisant la fièvre de résorption ; l'exostose rebelle aux moyens ordinaires , et troublant la santé au point de devenir insupportable ; la nécrose accompagnée d'abcès qui ne laisse aucun espoir de guérison par les méthodes jadis employées ; la plupart des caries et chondrites, invétérées et rebelles aux moyens séculaires ; les altérations cancéreuses non-constitutionnelles ; certains ulcères de mauvaise nature que l'on traite aujourd'hui avec succès , grâce à la perfection de nos ressources thérapeutiques. L'auteur fait ensuite l'éloge du bandage amovo-inamovible, si utile en temps de paix, et qui rendra d'immenses services en temps de guerre dans les blessures compliquées de fracture et celles intéressant les grandes articulations des membres. « On a vu de ces blessures, dit-il, guérir avec conservation du membre qu'avaient voulu couper des chirurgiens trop imbus du principe qu'en suite d'une plaie par arme à feu , il faut amputer toutes les fois *qu'un os a été brisé dans un point quelconque de son trajet.* »

Il se déclare l'adversaire de l'amputation immédiate dans les plaies par armes de guerre, avec fracas des os, etc., et s'appuie en cela de la pratique de Dupuytren, de M. Baudens et autres.

Il est du même avis quant aux plaies des grandes articulations produites par des projectiles de guerre , pour lesquelles l'appareil amovo-inamovible , les antiphlogistiques et les irrigations d'eau froide, qui préviennent ou combattent les phénomènes inflammatoires , sont employés avec succès , de manière à éviter l'amputation. Et dans le cas où, malgré ces moyens, la suppuration s'établit dans la cavité articulaire , il espère encore, après avoir ouvert une issue au pus , dans la méthode de M. Vanden Broeck, qui consiste, comme l'on sait, dans l'emploi des injections avec le baume opodeldoch, méthode précieuse, selon lui, et qu'il qualifie d'*incomparable*.

§ II. Ici l'auteur passe en revue les principaux moyens thérapeutiques propres à éviter les amputations. Ce sont :

- A. L'eau froide ;
- B. Les incisions et les débridements ;
- C. La compression ;
- D. Les principaux appareils de déligation mis en usage pour conserver les membres ;
- E. L'opodeldoch.

L'auteur entre dans des considérations sur chacun de ces moyens et s'étend avec complaisance sur le procédé des irriga-

tions continues de Mayor, sur la pratique de M. Baudens qui a renoncé au débridement préventif des plaies d'armes à feu, parce qu'il est toujours nuisible, sur l'appareil hyponarthécique de Mayor dont il emprunte la description détaillée à l'ouvrage du célèbre chirurgien de Lausanne, et sur celui à fractures de M. Baudens, qu'il copie également de l'ouvrage de ce dernier, appareils qu'il trouve inférieurs à celui de M. Seutin, ce dernier favorisant davantage le transport du blessé et permettant certains exercices qui sont un puissant auxiliaire du traitement. Il dit un mot de l'extraction des corps étrangers, et arrive ensuite au cinquième moyen capital, l'*agent curatif par excellence*, le baume opodeldoch dont les effets sont *presque infailibles* dans les cas de caries rebelles, ainsi que dans les plaies de mauvaise nature, et particulièrement celles qui menacent de passer à l'état de gangrène. Préconisé en 1847, par M. le docteur Vanden Broeck, médecin principal de l'armée à Mons, ce remède a été employé depuis, avec le plus grand succès, par plusieurs praticiens distingués, dans une foule de cas qui font souvent le désespoir de la chirurgie. Cette méthode curative des caries, est encore si peu connue, que l'auteur a cru ne pouvoir « se dispenser de la décrire entièrement, afin de résoudre de la manière la plus satisfaisante la question de savoir : Quels sont, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses ? »

Pour lui, comme on le voit, la solution du problème est trouvée. Aussi consacre-t-il le reste de ce paragraphe et les quatre suivants, en tout 162 pages in-folio, à reproduire le mémoire et les observations publiés par M. Vanden Broeck en les renforçant de commentaires et de faits qui lui sont propres. En résumé, tout le Mémoire n'est qu'un plaidoyer en faveur de l'opodeldoch, dont nous ne contestons pas les vertus, mais sur lesquelles nous ne croyons pas devoir nous étendre, le mémoire de M. Vanden Broeck étant suffisamment connu des praticiens.

Le § VII et dernier résume les idées de l'auteur sur la question proposée par l'Académie. Nous ne pouvons faire mieux que de transcrire les conclusions qui le terminent. Il admet des cas où l'amputation doit être faite sur-le-champ, d'autres dans lesquels l'amputation peut être différée, et d'autres enfin dans la majorité desquels l'amputation pourra être évitée.

Voici ces conclusions :

Cas où l'amputation doit être faite sur-le-champ.

« 1^o Quand un membre a été emporté par un boulet, par un éclat d'obus ou par tout autre corps lancé avec violence ;

« 2^o Lorsqu'un corps poussé par la poudre à canon, aurait, sans fracturer l'os, emporté beaucoup de parties molles ainsi que les principaux vaisseaux d'un membre, de manière que celui-ci étant privé de vie, serait indubitablement menacé de sphacèle ;

« 3^o Quand le même corps a brisé l'os, déchiré les muscles et détruit le nerf principal d'un membre ;

« 4^o En cas de rupture et de désorganisation des os, des muscles, des tendons, des aponévroses et de vaisseaux, occasionnées par un gros projectile qui, à la fin de sa course ou par ricochet, sera venu frapper un membre obliquement sans produire de solution de continuité de la peau, comme cela arrive quelquefois ;

« 5^o Dans les grands fracas de jointures causés par de gros projectiles, tels que boulets, biscailens, éclats de bombe, d'obus, etc., surtout lorsqu'il s'agit des articulations du pied ou du genou et que leurs ligaments ont été arrachés ou rompus ;

« 6^o Lorsqu'un corps poussé par la poudre ou par toute autre violence, s'est enclavé dans une articulation majeure, de manière à ne pouvoir en être extrait sans aggraver la situation de la blessure ;

« 7^o En cas de fractures compliquées de la cuisse ou de la jambe, produites par des boulets ou autres projectiles de gros calibre. Les fractures qui s'étendent aux articulations, et qui sont accompagnées d'une grande rupture des ligaments, sont également au nombre des cas qui exigent l'amputation immédiate ;

« 8^o Quand on ne parvient pas à arrêter une hémorragie considérable en faisant la ligature de l'artère blessée ou de son tronc, et que l'épanchement de sang est si fort que la vie du membre est menacée, sa gangrène imminente ;

« 9^o Lorsque la mortification s'est emparée de toute l'épaisseur d'un membre (sphacèle). »

Cas dans lesquels l'amputation peut être différée.

« 1^o Écrasement des membres, lorsque les os sont fracassés, que les parties molles ont été broyées, confondues et réduites en une sorte de bouillie par l'action d'un gros projectile ou d'un corps vulnérant quelconque ;

« 2° Luxations des articulations ginglymoïdales, comme celles du genou, du pied, du coude avec grand délabrement des parties molles et issue des surfaces articulaires à travers les téguments rompus ; il en est de même pour les plaies par arrachement incomplet d'un membre ;

« 3° Fausses articulations auxquelles on n'a pu remédier convenablement par l'un des procédés imaginés depuis quelque temps ;

« 4° Cancers des parties molles, fungus hématodes qui ont profondément altéré l'organisation des membres ;

« 5° Anévrysme très-volumineux de l'une des artères principales d'un membre, avec destruction des os voisins et altération profonde des tissus environnants ;

« 6° Gangrène traumatique partielle d'un membre ;

« 7° Convulsion persistante du membre blessé ;

« 8° Plaies d'armes à feu ou autres, compliquées de fractures comminutives et de désorganisations plus ou moins étendues des parties molles environnantes ;

« 9° Certaines ankyloses, lorsque l'articulation est soudée d'une telle manière, que le membre devient beaucoup plus gênant qu'utile ;

« 10° Tétanos traumatique qu'on ne parvient pas à vaincre dans les premières vingt-quatre heures. »

Cas dans la majorité desquels l'amputation pourra être évitée.

« 1° Quand une suppuration excessive, intarissable et de mauvaise nature, venant d'une plaie grave, tend à épuiser le malade et produit chez lui des phénomènes consomptifs tels que la plupart des chirurgiens croient devoir recourir à l'amputation ;

« 2° Dans la presque totalité des caries quels que soient leur étendue et leur siège ;

« 3° Dans la nécrose avec suppuration abondante et altération du nouvel os ;

« 4° Dans les tumeurs blanches avec ou sans ulcérations ;

« 5° Dans certains cas d'ostéosarcomes, de spina-ventosa, de tumeurs *ossivores*, du périoste, d'exostoses volumineuses ;

« 6° Enfin dans une foule d'autres cas, plaies ou ulcères de mauvaise nature qui compromettent plus ou moins l'existence des membres, pour lesquels l'opodeldoch, mitigé par l'huile de lin ou par une huile végétale quelconque, est un puissant modificateur et un moyen presque infaillible de prévenir les

cas d'amputation auxquels ces affections peuvent aboutir en s'aggravant. »

L'auteur termine en proclamant bien haut ce grand principe : « *Qu'on ne doit désormais avoir recours aux opérations que dans l'insuffisance bien connue des moyens thérapeutiques spéciaux, c'est-à-dire qu'après avoir vainement épuisé tous les secours ordinaires tirés du régime et des médicaments que les succès ont accrédités.* »

Telle est, Messieurs, l'analyse de la première partie du Mémoire. Elle est écrite sans ordre et sans méthode et tend tout spécialement à glorifier la puissance de la méthode de traitement préconisée par notre compatriote, M. le docteur Vanden Broeck. L'auteur semble ne pas avoir bien compris la question, car avec les connaissances pratiques dont il fait preuve, il eût pu la traiter plus convenablement et d'une manière moins incomplète.

La deuxième partie, nous l'avons déjà dit, se compose de notes et de citations qui se rapportent au texte du Mémoire et sur lesquelles il est inutile de nous étendre.

Une table alphabétique et analytique des matières, ainsi qu'une table des auteurs cités et une planche fort bien dessinée, représentant les sequestres osseux de grandeur naturelle terminent l'ouvrage.

Le second Mémoire porte pour épigraphe : « *Une amputation est souvent la honte du chirurgien ; son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême.* » (ABERNETHY.)

L'auteur de ce travail a mieux compris le but que l'Académie s'était proposé d'atteindre en mettant la question au concours.

Il a surtout cherché à éviter deux écueils également redoutables dans une question générale : l'un, de concevoir cette question *a priori* d'une manière abstraite et de la subordonner à des analogies éloignées ou à des idées métaphysiques trop souvent incertaines ; l'autre, de ne voir dans l'art chirurgical que des faits isolés, et de ne chercher à les lier par aucune théorie.

La route qu'il a suivie, comme étant celle de la vérité, est entre ces deux extrêmes. « Il faut ici, dit-il, avec les matériaux mis à notre disposition et, comme on l'a établi dans les sciences, coordonner les faits particuliers par des lois partielles qui peu à peu deviennent plus générales et qui peut-être s'appliqueront

un jour universellement. » Un travail de la nature de celui que l'Académie a demandé devait, selon lui, contenir un grand nombre de faits nouveaux bien observés, reliés à une théorie générale, et c'est ce qu'il a tâché de faire. Ce travail, il n'a pas cru devoir le limiter à la question générale, qu'il eût convertie en proposition de principe ; il a préféré étudier une à une toutes les maladies qui motivent encore aujourd'hui les amputations, en les reliant, par un plan méthodique, les unes aux autres.

Partant du principe que la chirurgie doit, autant que possible, restreindre les amputations et les résections osseuses et se faire *conservatrice*, l'auteur attache une grande importance à l'étude de l'état général du malade et à celle du diagnostic de la maladie, afin de connaître la véritable nature de celle-ci et de lui opposer les moyens capables de la guérir.

« A l'aide d'un traitement général, dit-il, le praticien peut dans maintes circonstances se dispenser de pratiquer l'opération, ou, si la nécessité l'y contraint, le succès sera presque assuré, la récurrence très-peu à redouter si le mal local dépend d'une affection générale ou constitutionnelle qu'il aura pu combattre et anéantir. La médecine et la chirurgie en s'unissant ainsi, nous permettent de sauver un membre après avoir consolidé ou affermi la santé générale. » C'est ainsi, par exemple, qu'il faut se montrer très-réservé quand il s'agit d'enlever un membre affecté de tumeur blanche, si fréquente chez les jeunes gens ou les hommes dans la force de l'âge. La persistance de l'auteur à faire usage à l'intérieur d'agents modificateurs propres à combattre la diathèse des malades, tout en traitant l'affection locale par le feu, lui a si constamment réussi, qu depuis plusieurs années il ne lui est pas arrivé de faire une amputation ou une résection dans les affections chroniques articulaires ou osseuses. Comme preuve de la bonté de cette méthode, il rapporte un cas de guérison de carie du pied et de la partie inférieure du péroné, consigné dans le numéro d'octobre 1851 des *Archives belges de médecine militaire*.

Ces prémisses posées, l'auteur examine d'abord, dans la première section, les méthodes générales de traitement sur lesquelles il s'appuie, savoir : 1^o la position à donner aux membres dans le but d'éviter les mutilations ; 2^o la compression ; 3^o l'emploi des cataplasmes froids et de l'eau froide ; 4^o celui du coton cardé ou de l'ouate.

Il attache, avec raison, une grande importance à la position

du membre dans les affections chirurgicales. Placé dans une position déclive, le sang stagne dans les vaisseaux capillaires, congestionne les parties les plus basses et aggrave les symptômes inflammatoires ; en réglant l'inclinaison du membre, au contraire, sur l'intensité de l'inflammation ou d'après les accidents que l'on prévoit devoir survenir plus tard, on diminue l'intensité de celle-ci et on prévient la manifestation de ceux-là, en empêchant toute congestion. On parvient même quelquefois, par ce seul moyen, à arrêter les hémorragies produites par la blessure d'un vaisseau. Les raisonnements physiologico-pathologiques sur lesquels cette indication est basée sont, du reste, conformes à l'observation et à la pratique.

Il en est de même pour ce qui a rapport à la *compression*, qui est une des plus puissantes ressources de la chirurgie lorsqu'elle est maniée avec habileté, tandis qu'appliquée d'une manière imprudente elle peut devenir la source de cruels accidents. Il cite à cet égard la pratique de feu notre collègue De Lavacherie, qui se servait avec succès de bandelettes agglutinatives au lieu de bandes ordinaires dans les affections des articulations osseuses.

Il classe dans l'ordre suivant les maladies pour lesquelles la compression est employée avec succès pour éviter l'amputation :

« 1^o Dans les fractures simples et compliquées ;

« 2^o A la suite des fractures, telles que non consolidation, fausses articulations, etc. ;

« 3^o Pour les entorses et les luxations ;

« 4^o Les tumeurs blanches, l'hydarthrose, les affections articulaires aiguës ou chroniques, le rhumatisme articulaire, etc. ;

« 5^o La carie et la nécrose ;

« 6^o Les abcès, le phlegmon diffus, l'érysipèle, les plaies suppurantes, les ulcères, les fistules, les brûlures et les cicatrices vicieuses ;

« 7^o Les anévrysmes et les varices ;

« 8^o Les ruptures et sections des muscles ou des tendons ;

« 9^o Les difformités des membres traitées par l'orthopédie ;

« 10^o Le moignon après les amputations, ainsi que les résections osseuses. »

Pour ce qui est relatif à l'emploi des *cataplasmes froids* qui ne fluxionnent pas les parties blessées comme lorsqu'ils sont chauds, et agissent par conséquent comme réfrigérants, et de *l'eau froide*, dont l'action est plus énergique pour prévenir l'inflammation en enlevant du calorique de la partie malade, et qu'il

emploi de préférence à la température de + 18° environ, l'auteur se base sur la pratique des plus grands maîtres de l'art, Lombard, Larrey, Percy, Velpeau, Sanson, etc. Il se résume en recommandant l'emploi des linges mouillés ou l'arrosage direct dans les cas d'écrasement, de fracture, d'entorse et de luxation, pour conjurer les accidents qui pourraient, en raison de leur gravité, forcer le chirurgien de retrancher le membre lésé.

Enfin, le coton ou l'*ouate*, dont nous devons les premières notions thérapeutiques à Mayor, appliquée en couche épaisse sur les plaies, agit comme cataplasme sec, sédatif et comme puissant hémostatique. A l'appui de cette opinion, l'auteur rappelle la pratique de Larrey, celle de M. Baudens et celle de l'un de vos commissaires, M. Burggraeve.

Dans la seconde section, l'auteur traite, d'une manière générale, de l'inflammation et de ses suites dans les affections des membres. Il insiste surtout sur les abcès phlegmoneux qui succèdent aux inflammations aiguës, et conseille leur prompt ouverture lorsqu'ils sont situés profondément ou sous les aponevroses. Viennent ensuite des considérations pratiques sur les lésions osseuses qui déterminent les abcès, et dont le traitement doit être à la fois général et local pour éviter l'amputation ou les résections.

Dans la troisième section, l'auteur s'occupe des moyens d'éviter l'amputation dans l'érysypèle traumatique et le phlegmon diffus des membres, et cite, à l'appui des idées qu'il émet, deux faits qu'il a observés dans sa pratique.

La quatrième section comprend : 1° la brûlure ; 2° la congélation ; 3° la gangrène ; 4° la gangrène spontanée ; 5° les ulcères, et 6° le cancer cutané.

Dans la cinquième section il s'agit : 1° des plaies récentes ; 2° des plaies empoisonnées ; 3° des plaies des vaisseaux ; 4° des anévrysmes ; 5° des plaies des articulations ; 6° des plaies par armes à feu ; 7° des accidents qui se déclarent à la suite des plaies, et 8° de la pourriture d'hôpital.

Enfin dans les trois sections qui suivent, il est successivement question : 1° des fractures et de leurs complications ; 2° des résultats que procurent les amputations à la suite des lésions traumatiques ; 3° des causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures ; 4° de l'entorse et des luxations ; 5° de l'hydarthrose ; 6° des corps mobiles dans les articulations ; 7° des tumeurs blanches des articulations ; 8° de la coxalgie ; 9° de la carie ; 10° de la nécrose ; 11° des exostoses ; 12° du rachi-

tisme ; 13° des kystes des os ; 14° des anévrysmes des os , et 15° de l'ostéosarcome.

Comme vous le voyez par cette nomenclature , Messieurs, l'auteur s'occupe du traitement de toutes les maladies qui peuvent nécessiter les amputations ou les résections osseuses au point de vue d'éviter ces opérations. Il serait trop long et peut-être fastidieux d'analyser un à un tous les chapitres qui traitent de chacune de ces affections ; il nous suffira de dire que l'auteur se montre parfaitement au courant de la littérature médicale, tant nationale qu'étrangère, qu'il discute toutes les méthodes en véritable praticien et appuie sa manière de voir de faits qui lui appartiennent ou qu'il emprunte aux auteurs qui se sont occupés de la matière.

En résumé, ce Mémoire est plutôt un traité de la thérapeutique des maladies qui peuvent nécessiter les amputations et les résections osseuses, qu'un travail répondant directement à la question posée par l'Académie. Toutefois, s'il laisse à désirer sous ce rapport, il n'est pas moins une œuvre sérieuse, bien écrite et qui se recommande par la clarté, la méthode et une bonne appréciation fondée particulièrement sur l'expérimentation.

Le troisième et dernier Mémoire est écrit en latin et a pour épigraphe : *Suum cuique*.

Dans l'exorde de l'ouvrage, qui est assez étendu, l'auteur cherche à accumuler les preuves sur lesquelles il base son système de *conservation*. Dans un premier paragraphe il se livre à quelques considérations générales sur le but de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique ; il y expose les difficultés inévitables de l'art, qui, s'il semble quelquefois contrarier les vues de la nature, ne peut donner lieu à accuser l'imperfection de cette dernière. Oui, l'art a de dures nécessités, mais quelque généraux que soit le zèle du chirurgien, il serait parfois téméraire de les repousser ; dans tous les cas, ce serait impossible. Aussi, dans son second paragraphe, l'auteur cherche-t-il à définir les limites qu'il faut mettre à ces graves opérations. On sait combien les auteurs varient sur les indications des amputations : aussi, l'auteur du Mémoire se borne-t-il à énumérer celles généralement admises, ce qui n'empêche pas le chirurgien de se trouver très-souvent embarrassé devant un cas donné, parce qu'on ne prévoit qu'avec des principes et non avec des faits, comme le dit très-bien M. Trousseau.

L'auteur n'admet qu'avec les plus grandes restrictions ce que

Dupuytren nommait des *opérations par complaisance*. Ces réserves, tout le monde les admet ; cependant il a raison d'insister, ainsi que l'ont également fait les auteurs des deux Mémoires précédents, sur le peu d'avantage que l'on retire souvent de ces opérations dont le danger est d'ailleurs si grand. Au reste, les plus grands chirurgiens ont émis une semblable opinion sur ce genre d'opérations.

Dans le troisième paragraphe nous trouvons une statistique extrêmement riche des amputations, travail qui a déjà été exécuté par M. Malgaigne et dont les débats de l'Académie de médecine de Paris ont assez retenti. La seule conclusion que l'on puisse tirer de ce travail, c'est que les amputations sont toujours graves, quoique le résultat varie beaucoup chez les divers praticiens. La statistique porte ici sur près de six mille opérations : les conclusions que l'auteur en tire sont assez nombreuses, mais généralement connues.

Le travail qu'il a entrepris pour les amputations, l'auteur l'a également fait pour les résections, et ici, quoique le nombre des faits soit plus restreint, il faut avouer que le sujet présente plus de nouveauté, attendu que ces statistiques appartiennent en grande partie à des chirurgiens allemands et sont généralement moins connues parmi nous.

Dans un autre paragraphe, l'auteur expose quelques-unes des causes de l'issue fatale des opérations. On peut multiplier ces causes déjà si nombreuses, mais qui ne sont pas également importantes pour l'étude du sujet qui nous occupe.

Nous aurions pu insister davantage sur cette longue introduction, mais il nous tarde de passer au corps de l'ouvrage. La marche que l'auteur a suivie ici est simple : il passe successivement en revue les maladies qui peuvent nécessiter l'amputation ou la résection ; à chacune d'elles, il rattache les moyens thérapeutiques qui lui paraissent les plus propres à éviter ce qu'il appelle, à juste titre, *une dure nécessité*.

Le premier chapitre est consacré aux lésions traumatiques. Les tentatives faites par divers chirurgiens dans la voie de conservation, y sont exposées. Cette tendance de la chirurgie actuelle, il faut bien le dire, est une révolte contre d'anciens principes, à laquelle la statistique n'est pas restée étrangère comme le prouvent les chiffres cités par l'auteur. A ce sujet, il était nécessaire d'examiner une question souvent controversée, un des arguments les plus puissants de l'amputation, question que ni

Boyer ni Dupuytren n'ont osé résoudre : « Faut-il, oui ou non, amputer sur le champ de bataille et dans les fractures compliquées ? » Cette question, on peut le dire, est mal posée, insoluble : l'auteur a beau tracer les limites, établir des conditions selon que le membre est arraché, l'articulation lésée, il ne restera pas moins une foule de cas non prévus. Et comment pourrait-il en être autrement à la guerre, sur les champs de bataille, où l'on doit tenir compte de la salubrité des lieux, de l'état sanitaire général, de l'état moral des troupes, de la facilité des transports, etc., etc. ? Si les amputations comptent des adversaires, la méthode de conservation n'en compte pas moins qui, eux aussi, s'appuient sur la statistique, arme à double tranchant qui ferait douter de l'arithmétique si l'on ne savait qu'il est possible de faire de mauvaise arithmétique. L'auteur réfute donc, les unes après les autres, les objections que l'on a élevées contre la méthode conservatrice. Ce qui attire ensuite son attention, ce sont les amputations secondaires. On sait les résultats qu'elles ont offerts ; si ceux-ci plaident contre la temporisation, on peut en dire autant pour la conservation.

C'est après ces diverses considérations, principalement applicables aux lésions traumatiques, que l'auteur aborde la partie essentielle de la question, c'est-à-dire l'étude des moyens conservateurs dans les divers cas. Pour donner une idée de sa méthode, nous dirons qu'il indique, par rapport aux fractures graves, le traitement le plus convenable pour combattre l'inflammation, remédier à la présence des esquilles, au cal difforme, etc. Il examine, à cette occasion, l'action des irrigations froides, des applications du calorique, des émissions sanguines tant locales que générales, du régime, etc., etc. Cette marche, méthodique mais un peu longue peut-être, est répétée pour tous les autres cas. Le point relatif aux esquilles est exposé avec un soin tout particulier.

On sait que si les complications exigent des soins tout particuliers, la fracture par elle-même demande l'emploi d'un bon système de contention. Ceci n'a pas échappé à l'auteur, qui s'occupe de la position à donner au membre fracturé et des appareils les plus convenables, tels que le bandage amidonné, celui en gutta-percha, etc. Les aperçus qu'il en donne, souvent remarquables au point de vue théorique, laissent encore voir la place qu'occupent dans son esprit les vieilles idées sur le pansement des fractures, malgré la part qu'il prend au progrès imprimé à

cette partie de la chirurgie. Une série d'observations vient relever cette partie du *Mémoire*, qui est celle qui a reçu le plus de développement.

L'auteur parle de la résection d'une partie de la diaphyse des os longs qui a pris une certaine faveur depuis les résultats heureux qu'en ont obtenus M. Baudens, en Afrique, et Langenbeck dans la guerre du Schleswig-Holstein, mais qui cependant sont loin d'offrir toujours de tels avantages; du cal difforme dont le traitement devient de plus en plus simple, grâce aux modifications apportées à la thérapeutique des fractures.

Le nombre des complications des fractures est extrêmement vaste. Les plaies profondes, simples ou avec lésion des gros troncs vasculaires et nerveux y rentrent, et là peut-être plus que partout ailleurs, on s'aperçoit des déficiences de la thérapeutique.

Le deuxième chapitre du *Mémoire* comprend les maladies articulaires considérées dans leurs rapports avec les amputations et la méthode de conservation. Une division toute naturelle de ces maladies, est celle qui a rapport aux lésions traumatiques, et aux dégénérescences ou plutôt aux produits des inflammations chroniques. Dans la première catégorie, qui est la plus importante, se rangent les plaies articulaires pénétrantes avec ou sans lésions des parties dures. Il fut un temps où l'amputation était la règle pour ces lésions; aujourd'hui les opinions ont bien changé, eu égard à la forme de la plaie et à sa nature, ainsi qu'à l'arthrite dont les dangers ont singulièrement diminué sous l'influence d'un traitement convenable et plus approprié. Comme on le sait, la soustraction des parties lésées au contact de l'air, est la première condition de succès. L'auteur se livre à l'étude des lésions des diverses articulations des membres, parmi lesquelles les luxations et les entorses occupent une grande place. Quant aux lésions chroniques des articulations, elles sont nombreuses et l'auteur les range sous trois ordres : 1^o les abcès articulaires (arthropyosis); 2^o les tumeurs blanches; 3^o les hydarthroses.

On sait les nombreux remèdes qui ont été appliqués aux abcès articulaires et les dangers qu'offrent certains d'entre eux. Le *Mémoire* ne présente rien d'intéressant à cet égard.

Les médications applicables aux tumeurs blanches sont exposées avec assez de détails. En première ligne, l'auteur place la compression; puis viennent les contre-stimulants et les excitants.

Après avoir parlé du traitement de l'hydarthrose, l'auteur s'occupe des courbures (*curvatura*), des ankyloses et des con-

tractures qui impriment aux articulations des positions vicieuses. A part quelques témérités blâmables, le traitement de l'ankylose est peu avancé, et dans cet état, le mieux encore est de la prévenir, et si on ne peut, de recourir à l'un des moyens en usage, qui sont indiqués par l'auteur, moyens toujours graves d'ailleurs. Cette partie du Mémoire présente quelques observations intéressantes.

Nous passons le traitement des corps étrangers dans les articulations, pour arriver au troisième chapitre qui traite de la pseudarthrose.

« *Pseudarthrosium therapia est medicamentosa, mechanica, operativa,* » dit l'auteur. La foi que l'on peut avoir dans l'emploi de diverses substances médicamenteuses est-elle bien grande ? Les vésicatoires, l'iode réussiront-ils toujours ? On comprend encore moins l'efficacité de l'acupuncture.

Pour ce qui est des opérations à pratiquer dans ce cas, il y a la ponction sous-cutanée avec scarification de la fracture, espèce d'acupuncture pour son innocuité, comme dit l'auteur, mais plus efficace que l'acupuncture proprement dite. L'introduction de corps étrangers dans la fausse articulation, tels que des bâtonnets d'ivoire, le séton, est exposée avec d'assez grands détails.

Le chapitre quatrième traite de la carie et de la nécrose. Après quelques considérations générales sur ces deux affections, leurs différences, leur marche et les phénomènes que doit présenter leur cure, l'auteur présente des réflexions sages sur le traitement des sequestres dans la nécrose appuyées sur de nombreuses observations.

Il ne se le dissimule pas, le rôle de la chirurgie conservatrice reste souvent, ici, stérile ; aussi consacre-t-il un paragraphe à la nécessité d'amputer et de réséquer en quelques circonstances.

Le cinquième chapitre traite des ulcères, que l'auteur appelle les *parias* de la chirurgie.

Le sixième chapitre est relatif aux formations nouvelles (pseudo-plasiæ), et le septième aux anévrysmes.

Enfin, les huitième et neuvième chapitres, qui sont très-courts et terminent l'ouvrage, traitent du tétanos et de la gangrène.

En somme, ce travail, qui est très-volumineux et contient une foule de choses qui n'ont pas toujours un rapport direct avec le sujet que l'auteur devait avoir en vue, ne répond que d'une manière incomplète à la question proposée.

CONCLUSIONS.

D'après l'aperçu que nous venons de vous présenter, Messieurs, vous aurez déjà constaté avec nous qu'aucun des Mémoires soumis à notre examen, n'a atteint le but que l'Académie avait en vue en mettant la question au concours. Tous trois témoignent, nous aimons à le signaler, de l'heureuse tendance de la chirurgie actuelle à *conserver* plutôt qu'à guérir *en opérant*, et à ce titre nous devons tenir compte des efforts des concurrents. Si ces efforts sont restés stériles, il faut peut-être l'attribuer à l'état trop peu avancé de la question ou à la manière dont celle-ci a pu être interprétée. Toutefois, nous pensons que ces Mémoires ne sont pas sans quelque mérite, et nous n'hésitons pas, sous ce rapport, à placer en première ligne celui coté n° 2, qui est le mieux traité, le mieux écrit, et le plus complet ; vient ensuite le n° 3 portant pour devise : *Suum cuique*, auquel nous devons une mention honorable, et enfin le n° 1 qui s'est le plus éloigné de la question.

Vos Commissaires, après un examen attentif et consciencieux, ont l'honneur de vous proposer :

1° D'accorder une médaille d'encouragement à l'auteur du Mémoire n° 2 portant pour épigraphe : « Une amputation est souvent la honte du chirurgien ; son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême » ;

2° De retirer du concours la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses qui figure au programme depuis cinq ans et sur laquelle l'Académie n'a pu obtenir une réponse satisfaisante.

— La discussion est ouverte sur ce rapport et ses conclusions.

Un membre propose d'accorder le prix à l'auteur du mémoire n° 2.

Un autre membre propose en outre d'accorder une médaille d'encouragement à l'auteur du mémoire n° 3, ayant pour devise : *Suum cuique*.

Cette double proposition est adoptée.

Le billet cacheté annexé au mémoire couronné est ouvert, Il fait connaître que l'auteur est M. le docteur Decaisne, médecin de garnison.

Le billet cacheté du mémoire n° 2, ainsi que celui du mé-

moire auquel l'Académie a accordé une médaille d'encouragement sur la question relative à la pleuropneumonie épidémiologique, ne seront ouverts que du consentement des auteurs.

3. DISCUSSION du rapport de la Commission chargée de la présentation des candidats pour les places de membres correspondants. — M. DIDOT, rapporteur.

Ont obtenu les suffrages nécessaires pour être nommés membres correspondants :

MM. Hense, docteur en médecine, à Liège ;
Warlomont, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Vanden Broeck fils, docteur en médecine, à Mons ;
Thiry, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Husson, répétiteur à l'école vétérinaire, à Cureghem.

Ils ne seront proclamés qu'après qu'ils auront adhéré au paragraphe additionnel de l'art. 6 du règlement.

4. DISCUSSION du Mémoire de M. DIDOT, relatif à la pleuropneumonie des bêtes bovines (1).

— M. VERHEYEN : Messieurs, si je ne m'adressais pas à une Assemblée composée d'hommes sérieux, voués par la nature de leurs études et la spécialité de leur profession à la recherche de la vérité, j'aurais besoin de quelques précautions oratoires, avant de répondre au travail de M. Didot, intitulé : *Deux journées à Hasselt*, car les généralités doivent forcément descendre à des personnalités.

Mais je sais trop bien que vous avez pour devise : *Amicus Plato, magis amica veritas*.

Toutefois, je proteste d'avance contre toute interprétation passionnée que l'on voudrait donner à l'œuvre dans laquelle je justifie les conclusions de la Commission, dont j'ai eu l'honneur d'être l'interprète et le rapporteur.

J'assume en même temps toute la responsabilité de ces pages, non que mes honorables collègues de la Commission, qui ont été unanimes dans les conclusions prises sur la méthode du docteur Willems, m'abandonnent aujourd'hui, qu'il s'agit de repousser des attaques dirigées contre nous.

Mais je le répète : j'assume seul la responsabilité d'une œuvre qui m'est personnelle, en protestant de nouveau contre toute interprétation méchante ou passionnée.

(1) Voir *Bulletin*, tome XII, page 715.

Ce n'est pas la première fois qu'une question controversée aura soulevé d'ardentes oppositions, des chocs d'opinions au sein d'un corps savant; mais de la poussière de la mêlée finit par se dégager la vérité qu'il faut préférer à tout.

J'entre donc sans plus de préambule au cœur de la question.

Les premières traces de la pleuropneumonie exsudative ont été constatées officiellement dans notre pays, en l'année 1827. Depuis cette époque, la maladie y a pris droit de domicile, elle s'y est naturalisée. Les ravages qu'elle a faits ont, à juste titre, effrayé ceux qui s'adonnent à l'industrie du bétail; ils regardent, non sans raison, la pleuropneumonie exsudative comme le plus redoutable fléau de la race bovine dans les temps modernes.

Lorsque M. Willems annonça, en 1852, qu'il avait découvert le moyen de préserver le bétail de cet ennemi dangereux, le Gouvernement accueillit avec faveur et reconnaissance la communication du médecin de Hasselt. Il s'empressa de nommer une Commission chargée de rechercher la valeur du préservatif annoncé. L'Académie s'intéressa également à cette précieuse découverte, appelée, peut-être, à imprimer un progrès immense à l'étude des maladies contagieuses; le rapport de l'honorable M. Fallot, fait à l'époque du début de l'inoculation, en offre un témoignage irrécusable. La Compagnie s'empressa de désigner trois de ses membres, MM. Fallot, Marinus et Didot, pour suivre les opérations de la Commission officielle; ce dernier fut nommé sur sa demande.

Les honorables MM. Fallot et Marinus assistèrent à toutes les séances; ils prirent une part active aux travaux de la Commission. L'honorable M. Didot, dont l'absence fut constante, tout en conservant néanmoins le droit de s'enquérir des actes de la Commission, de consulter les documents originaux et les pièces pathologiques ayant servi de base au rapport qu'elle publia, M. Didot préféra rompre avec des collègues. Il s'inscrivit en faux contre leurs prémisses et leurs conclusions; puis il lança un réquisitoire qui est, en même temps, un plaidoyer en faveur de M. Willems, une apologie, une glorification des actes de ce dernier.

Ce plaidoyer n'est pas exempt du ton acerbe des questions personnelles, et le sanctuaire de la science offre toutes les agitations d'une arène politique.

Quelque insolite qu'il paraisse de traduire à la barre de l'Académie un rapport adressé à M. le Ministre de l'Intérieur, nous

ne déclinons pas la compétence de la Compagnie; au contraire, nous acceptons son intervention.

Dans ma réplique au réquisitoire de M. Didot, je ne suivrai pas ce dernier sur le terrain d'une récrimination passionnée. La recherche de la vérité ne demande point que l'on dépasse les limites du calme et de la modération. Les faits suffisent pour repousser des prétentions que l'on veut imposer à la science avec une légèreté peu digne de la gravité de ses problèmes.

L'observation, l'expérience, le temps, voilà le triple criterium chargé de sanctionner les grandes découvertes scientifiques.

En médecine, comme dans la sphère intellectuelle et morale, il ne nous est donné que de constater des probabilités, d'obtenir par l'observation et le rapprochement des faits, le plus grand nombre de chances en faveur des lois qui semblent en être l'expression générale la plus directe. On attend ensuite, pour savoir dans quelle mesure la vie se réserve de démentir ou de confirmer par ses actes nos prévisions théoriques les plus irréprochables en apparence.

L'immortel Jenner n'a fait connaître les propriétés de la vaccine qu'après vingt-huit années d'observations et de méditations non interrompues; il a fallu quarante années d'expériences et de recherches, pour éclaircir un seul point de l'histoire de la pneumonie bovine, la contagiosité. M. Willems, au contraire, ne demande qu'un nombre à peu près égal de semaines; ce temps lui suffit non-seulement à résoudre, avec une imperturbable assurance, le problème ardu de la préservation de la pneumonie, mais encore à trancher toutes les questions accessoires qui s'y rattachent.

En 1851, il commence ses inoculations à huis-clos; le 29 avril 1852, il inocule dans une étable autre que celle de son père, il livre son secret au public avec *générosité* et *désintéressement*, et le 26 juin de la même année, il sollicite la récompense de son *intéressante découverte*.

Le terme d'une année paraît bien long encore à celui qui est impatient de jouir, témoin M. Didot. Deux jours lui ont suffi pour dégager l'inconnue de cette laborieuse équation.

Je ne me propose point de suivre pas à pas le travail de M. Didot; il vaut mieux en discuter les principaux faits, puis examiner les conséquences logiques qui en découlent.

Le fond de l'œuvre de M. Didot se compose des divers écrits de M. Willems, des rapports de la Commission hollandaise, et

de celui de la Commission belge. Plein de mansuétude envers l'inventeur de l'inoculation, il réserve sa sévérité pour la Commission belge, et lui applique, dans toute sa rigueur, ce passage du psalmiste : *Visitabo in virgâ iniquitates eorum*.

Analysons d'abord le procédé à l'aide duquel MM. Didot et Willems croient mettre constamment le droit et la raison de leur côté.

M. Willems a pris son équilibre sur une vaste base de sustentation, que M. Didot s'est plu à élargir encore.

Le médecin de Hasselt a formulé cette proposition :

« L'inoculation de la maladie elle-même, faite de la manière que je viens de décrire, qu'elle ait donné lieu à des manifestations morbides apparentes ou non, est le moyen qui préserve les animaux de la pleuropneumonie. »

A peine la Commission s'était-elle mise à l'œuvre, qu'un premier dissentiment survint. Des bêtes inoculées ayant succombé à la pleuropneumonie, n'offrirent pas de cicatrices. M. Willems en inféra qu'elles n'avaient pu être atteintes de l'inflammation substituant le travail morbide spécifique de la queue à celui des poumons, *donc* l'inoculation n'était, ne pouvait être légitime.

Il fut ainsi le premier à démolir un principe que lui-même avait établi, et qu'il disait basé sur l'expérience.

La Commission passa outre, considérant désormais comme non avenues toutes les inoculations inertes ou à manifestations locales douteuses ; et si la pneumonie n'attaquait que ces bêtes, elle inscrivait l'ensemble au bénéfice de la pratique.

M. Willems, démolissant un de ses principes, se réservait toutefois de le reconstruire et de l'invoquer au besoin. Que l'on compare son appréciation des résultats obtenus par la Commission hollandaise et par la Commission belge, cette contradiction n'échappera à personne.

M. Willems rendant compte de ses inoculations, par sa lettre du 29 juillet, ajoute : « En Hollande, l'inoculation de la pleuropneumonie n'a pas des résultats moins heureux. D'après deux lettres que j'ai eu l'honneur de recevoir de M. Wellenberg, président de la Commission de la pleuropneumonie, en Hollande, l'une datée du 7 juillet, l'autre du 22 du même mois, l'inoculation y a été pratiquée, depuis le 12 juin, sur plus de trois cents bêtes bovines. Ces bêtes étaient choisies dans les environs d'Utrecht, chez les laitiers et dans les étables infectées, au moment de l'inoculation. Chez aucune de ces bêtes il n'est survenu

d'accident par suite de l'inoculation, et toutes ont été préservées, jusqu'à ce jour, de la pleuropneumonie¹, à l'exception d'une vache, dit M. Wellenberg, devenue malade le 1^{er} juillet, et inoculée le 25 juin. »

Par sa lettre du 27 octobre, M. Willems donne une nouvelle édition des inoculations d'Utrecht, mais tout en se conformant à l'original, il laisse percer la vérité un peu tardivement, car le rapport était publié.

Les premiers essais des commissaires hollandais ont eu lieu sur deux cent quarante-sept sujets; cent trente-deux furent inoculés sans succès, la pneumonie en atteignit seize; dix succombèrent aux suites de l'inoculation. M. Willems a soin d'ajouter *qu'aucun phénomène local n'a été observé à la queue* des seize bêtes qui, subsidiairement, ont contracté la pneumonie. Il proclame ce résultat victorieux pour sa méthode.

Seize bêtes bovines sont mises à la disposition de la Commission belge; M. Willems les inocule; neuf se montrent réfractaires.

Pendant près de cinq mois, ces animaux sont placés dans une atmosphère contagieuse, le contact est des plus intimes, pas une ne devient pneumonique.

M. Willems conclut que ces bêtes sont sorties victorieuses de tous les essais pratiqués par ordre de la Commission, et que les épreuves ont obtenu une réussite complète.

Ainsi, d'un côté seize bêtes inoculées sans succès, tombent malades; elles ne doivent pas venir en ligne de compte, ni mettre obstacle aux chants de victoire. D'un autre côté, neuf bêtes également inoculées sans succès, résistent à la contagion, et l'on doit adopter l'immunité comme conséquence de la dynamisation.

Tout en adoptant cette logique mobile, élastique, M. Willems ne s'en réserve pas le monopole exclusif; à son tour, M. Didot s'en empare, et l'emploie avec non moins de flexibilité.

On lit, page 823, *qu'à Oreye des bêtes bovines inoculées ont été atteintes de la maladie, mais que l'inoculation n'a pas été suivie de symptômes locaux*. Page 824, quant aux inoculations de la Hollande, *que l'on ne peut se dispenser de faire remarquer que chez aucune de ces bêtes, il ne s'est manifesté aucun symptôme de la prise de l'inoculation, ni aucune suite de l'opération*. Enfin, page 825, *que les essais tentés directement par la Commission centrale, ont été tout à fait heureux*.

Il y a cette différence dans l'exposé, que la circonstance at-

ténuante accompagnant les inoculations d'Oreye et d'Utrecht, est omise, sans doute, par oubli, lorsqu'il s'agit des inoculations de la Commission belge. Cette phrase du rapport : « M. Willems fut prévenu le 29 septembre, que neuf des seize bêtes qu'il avait inoculées, se montraient réfractaires, » et cette lettre d'avis, restée sans réponse, tout cela me semble trop clair, trop intelligible pour avoir pu échapper volontairement à M. Didot.

Dans un autre endroit (page 748), il transcrit les diverses phases de l'inoculation de ces bêtes, et quoiqu'il répète que l'inoculation et la réinoculation ont été tentées en vain, il persiste à y trouver la raison suffisante de l'immunité procurée par l'insertion virulente.

Que M. Didot me permette de lui dire, que s'il avait étudié la pneumonie bovine, s'il y avait chez lui conviction éclairée au lieu d'un parti pris, il n'aurait pas tiré une conclusion différente de deux faits identiques.

En présence de cette fluctuation de principes et de doctrines, la Commission désirait naturellement mettre un terme aux interprétations arbitraires de M. Willems, interprétations se modifiant suivant les besoins de la cause, et amenant les dissentiments qui paraissent inexplicables à M. Didot; enfin la Commission tenait à connaître les caractères d'une inoculation légitime. M. Sauveur formula dans ce but, une série de questions; les réponses de M. Willems peuvent se résumer ainsi : *Le virus introduit dans l'économie d'un bœuf y produit une espèce de dynamisation; il va agir sur le sang et sur tous les organes; il modifie le bœuf et le rend inapte à contracter la pleuropneumonie; il agit homœopathiquement, si l'on veut. Les phénomènes locaux ne sont donc pas absolument nécessaires, cependant il n'y a d'autre moyen de s'assurer que cette action a été produite que la tuméfaction. Il faut donc qu'il y ait une tuméfaction telle qu'il soit facile au premier venu de la voir ou au moins de la sentir.*

M. Didot trouve cette définition d'une inoculation légitime un peu vague; elle l'est beaucoup suivant nous, sauf cependant le terme final qui est positif. Une tuméfaction que le *premier venu* doit être en état de *voir* et de *sentir* constitue un de ces signes matériels qui tombent sous les sens. Or, M. Willems n'a ni *vu*, ni *senté* la tuméfaction sur les bêtes présentées par la Commission, puisqu'il les a réinoculées; dès lors, comment peut-il chanter victoire, et M. Didot devenir son écho?

Il est vrai que ce dernier fait une restriction, et que la définition du médecin de Hasselt ne lui convient pas. Il va même plus loin :

Les stygmates locaux ne constituent qu'une présomption que la bête a pu acquérir l'immunité ; l'effet constitutionnel peut manquer ou être insuffisant pour garantir l'animal des suites de l'infection naturelle ; la perte de la queue ne donne pas un signe plus certain ; elle peut être due à la gangrène, et cet acte morbide est distinct de l'action du virus, car il y a l'inoculation *faussee* et l'inoculation *vraie*.

Ces arguments sont opposés comme fins de non-recevoir aux cas de pneumonie, succédant à l'inoculation. Il reproche à la Commission de n'en avoir tenu aucun compte, et *les mains pleines de bouts de queues*, portant des cicatrices ou des traces de cicatrices, cette pauvre Commission a conclu que des animaux inoculés avec succès sont morts de la pneumonie. M. Didot prend ensuite la Commission à partie de n'avoir point comblé les lacunes qu'il signale si magistralement. Après une vive mercuriale qui met à nu notre ignorance, nous devons nous attendre à ce que M. Didot nous dévoile enfin les caractères aptes à reconnaître *à priori* une inoculation légitime. *Par malheur*, répond-il, *nous ne pouvons encore ni les saisir ni les définir*.

Voilà, à coup sûr, de la bonne observation, traduite en un langage qui surpasse notre faible conception. MM. Willems et Didot se basant sur des arguments de cette force ont donc pleinement raison d'avancer que la Commission déduit ses conclusions de prémisses tout à fait contestables et contestées. Mais puisque ces messieurs ne peuvent, *par malheur*, ni *saisir*, ni *définir* une inoculation à succès, on conçoit qu'il n'y a rien à répondre, et qu'en présence d'un mythe, il ne reste plus qu'à s'incliner humblement, et à répéter *credo quia absurdum*.

Nous voilà bien avertis : à l'avenir, si une bête inoculée contracte la pneumonie, nous n'avons qu'à visiter l'arsenal de M. Didot, nous y trouverons bien une arme quelconque pour assommer le succès ; demeure-t-elle saine, vive l'inoculation ! Une décision *à posteriori* devient une puissante ressource. Les bêtes hollandaises ont contracté la pneumonie, sans stygmates locaux ; elles n'ont pas éprouvé l'effet constitutionnel ; les bêtes belges se trouvant dans des conditions absolument identiques, ne sont pas devenues malades, l'effet constitutionnel s'est produit.

Ces prémisses incontestables doivent conduire aux conclu-

sions les plus logiques. L'on se prend parfois à douter, si M. Didot lui-même a pris son travail au sérieux.

Les cicatrices n'échappent pas à un coup d'œil d'aigle ; ces messieurs savent distinguer celles de l'inoculation des cicatrices qui sont le fait de toute autre lésion. Si vous leur demandez les signes du diagnostic différentiel, leur réponse sera : *Par malheur, nous ne pouvons encore ni les saisir, ni les définir.*

M. Willems se rend à Louvain, il visite les étables du sieur Hamendt, et sans demander le moindre renseignement à l'inoculateur, M. Noël, il avance *qu'il n'y a trouvé que peu d'indices propres à accuser une inoculation à succès.*

M. Noël ayant eu connaissance de cette accusation vague lancée contre ses opérations, nous manda, sous la date du 7 juillet, que le 20 avril, jour de la visite faite par le médecin de Hasselt, l'étable du sieur Hamendt contenait trois catégories de bêtes. Une première inoculée avec succès, et portant des cicatrices à la queue ; une seconde inoculée le 19, veille de la visite ; une troisième enfin, composée de trois animaux inoculés et réinoculés sans effets locaux.

Le 14 juillet, MM. Husson et Defays, membres de la Commission centrale, se rendent à Louvain ; ils reconnaissent que six bêtes portent à la queue une ou deux cicatrices *analogues* à celles que l'on voit après la guérison des individus inoculés, et que deux ont perdu l'extrémité de l'appendice caudal.

Ces membres, moins habiles, sans doute, que M. Willems, n'osent pas affirmer que ces cicatrices sont celles de l'inoculation.

Les queues consultées par M. Willems donnent un témoignage sans réplique ; interrogées par la Commission, leur réponse doit être extravagante, à en juger par les plaisanteries et les sarcasmes dont M. Didot accable cette pauvre Commission.

M. Willems frère enlève une portion d'un poumon malade, une partie du cadavre se trouve enfouie à l'arrivée des commissaires chargés de la vérification. Ce fait, non-seulement est insignifiant, mais M. Didot en prend texte pour déverser le ridicule sur la Commission qui, suivant lui, accuse M. Willems frère d'avoir *escamoté* un cadavre, c'est le mot qu'il emploie.

M. le docteur Willems, à son tour, fait disparaître une pièce de conviction, et pour me servir de l'heureuse expression de M. Didot, il *escamote* une queue portant des cicatrices. Cette peccadille est si minime, que M. Didot ne s'en est pas même aperçu, et qu'il lui voue un dédaigneux silence.

Partout où l'on inocule, la maladie cesse ses ravages. Tel est l'intitulé d'un chapitre du travail de M. Didot. Dans les étables de Hasselt, *infectées depuis plusieurs années*, où la pneumonie exerçait d'*épouvantables ravages*, au moment de l'inoculation, M. Willems la fait disparaître comme par enchantement. Sur plusieurs centaines d'inoculations, *un seul animal* contracte la pneumonie.

La lancette d'autres inoculateurs n'opérant pas de pareils miracles, les faits perdent leur valeur ; ils n'ont pas été bien observés. Malgré l'exposé des conditions au milieu desquelles ils se produisent, conditions qui brillent par leur absence dans toutes les observations de M. Willems ; malgré les pièces pathologiques mises à l'appui, la Commission a tort de les avoir accueillis. L'inoculation n'a pas eu le temps de prémunir l'organisme contre l'infection future de l'économie ; heureux encore quand on ne déclare pas les faits apocryphes ou fabriqués !

La pneumonie attaque-t-elle des animaux inoculés, sans que mort s'en suive, les observateurs n'inspirent pas de confiance ; l'autopsie manquant, ils se sont trompés ; ils ont confondu la pneumonie ordinaire avec l'exsudative. Si l'autopsie confirme le diagnostic, les phénomènes locaux ont été mal vus ; l'opération est demeurée stérile, ou bien l'on conteste le caractère anatomique de la lésion pulmonaire. Mais les désordres locaux ne laissent aucun doute sur le succès de l'insertion ? Oh ! alors le germe de la maladie préexistait.

La pneumonie continuant à faire des victimes dans les étables où l'on a inoculé, cette opération ne peut pas grand chose dans un cloaque enzootique, déjà imprégné de miasmes contagieux dont le bétail est saturé d'avance.

Les étables de Hasselt n'étaient-elles donc pas imprégnées de miasmes, puisque vous dites qu'elles étaient infectées depuis plusieurs années, et qu'au moment où M. Willems commença ses opérations, la maladie y faisait d'*épouvantables ravages* ? M. Didot aurait établi des prémisses plus exactes, s'il avait intitulé son chapitre : *Partout où M. Willems inocule, la maladie cesse ses ravages.*

En étendant ainsi les faits sur le lit de Procuste, en les soumettant à la torture, on parvient à en tirer des aveux, et un esprit fertile en ressources peut aisément leur assigner une signification qui satisfasse des engraisseurs et des bouviers. Mais dans l'histoire de la science, où les tourbillons du grand philo-

sophe restent comme un triste monument de cet axiôme : *Errare humanum est*, on ne peut sérieusement faire à M. Didot toutes les concessions qu'il exige. Rendre l'expérience mobile, suivant la main qui la sollicite et la voix qui l'interroge, prendre tous les auteurs des observations contraires à un système en flagrant délit d'ignorance ou d'illusion, c'est la négation de la science. En médecine, l'imagination, cette folle du logis, est une mauvaise conseillère, à laquelle il faut savoir fermer la porte. La véritable philosophie consiste à observer les faits et à constater les lois qui les régissent. Ce n'est pas cette philosophie qui a inspiré M. Didot; il envisage tout ce qui se rattache à l'inoculation à travers un prisme; la valeur, la signification des faits, les faits eux-mêmes changent, suivant qu'ils sont ou ne sont pas favorables.

L'analyse du procédé opératoire offre des particularités non moins curieuses, car on y retrouve la même élasticité. Si l'inoculation met la vie des animaux en danger ou les tue, si des accidents, des complications surviennent, l'on n'a pas opéré d'après la méthode de M. Willems; l'on a voulu y apporter des modifications inopportunes, et les inoculateurs doivent s'imputer à eux-mêmes les suites fâcheuses de leur témérité.

Dans le principe, M. Willems pratiquait les piqûres au-dessus et au-dessous de la queue, à l'aide d'un grattoir, et en exerçant dans la plaie un mouvement de torsion ou de vrille. La Commission recommanda ce procédé; elle ajouta, toujours d'après M. Willems, que la gangrène de la queue survient parfois, mais que cet accident n'est pas mortel. Les sinistres se multipliant à Hasselt, comme ailleurs, la Commission fut forcée de changer de langage, et si le Gouvernement n'avait assimilé les animaux morts de l'inoculation à ceux abattus pour cause d'utilité publique, c'en était fait de la pratique.

M. Maris fit remarquer que la tuméfaction se manifestant sur deux points opposés d'un organe aussi peu expansible que la queue, devait amener un étranglement et la gangrène; il inocula donc sur la même surface. M. Willems adopta cette modification, sans en faire remonter l'origine à son auteur.

Maintenant il ne sera pas inutile de relater le motif que l'on a saisi pour élever ces clameurs contre les inoculateurs malheureux, sous prétexte qu'ils s'écartaient de la méthode de l'inventeur.

M. Maris inocule un bœuf au garrot, l'animal meurt. M. Wil-

lems adresse jusqu'à Berlin des lambeaux de la peau de cet animal, et dans la circulaire accompagnant l'envoi, il dit que la mort du bœuf provient de l'imprudence de M. Maris. Quel est donc le crime de celui-ci ? Il a pris du virus sur un bœuf inoculé au garrot par M. Willems, et comme la fin n'a pas justifié le moyen, M. Maris devient coupable d'avoir imité l'exemple de l'inventeur.

L'honorable M. Lombard a développé avec une logique irréfutable les inconvénients que présente la queue, comme lieu d'élection, pour recevoir le virus en dépôt ; la Commission s'était déjà fait les mêmes objections. Frappée des accidents graves et assez fréquents que l'insertion à cette région suscitait, elle agita la question de savoir si on ne les éviterait pas en inoculant à une autre région. Nous reconnûmes que le fanon, pourvu d'un tissu cellulaire lâche et abondant, se prêterait bien mieux que la queue à recéler la tuméfaction.

La Commission désira que des essais fussent faits ; plusieurs membres prièrent M. Maris de s'en charger ; M. Willems lui-même l'y engagea en ma présence. M. Maris se mit à l'œuvre, et voici comment M. Willems rend compte des premières opérations. « Pour éviter les accidents qui peuvent résulter des suites de l'inoculation, surtout quand celle-ci est pratiquée pendant les grandes chaleurs et par des mains imprudentes, on pourra peut-être trouver un endroit plus convenable pour déposer le virus pneumonique.

« M. Maris, artiste vétérinaire du Gouvernement, a pratiqué depuis un certain temps, l'inoculation de la pleuropneumonie au fanon d'environ vingt bêtes, et jusqu'à présent cela a donné un très-bon résultat. »

Ce passage est extrait du cahier du mois d'août 1852, du *Journal d'Agriculture* de M. Morren.

Poursuivons : au commencement du mois d'août, M. Willems se rend à Nimy-Maisières, où il pratique l'inoculation au fanon.

Dans l'intervalle survient le désastre de Herkenrode, dans lequel onze bêtes, suivant M. Maris, un plus grand nombre d'après M. Willems, succombent, par suite d'une inoculation au fanon. Le total est assez indifférent, mais ce qui ne l'est pas, ce que je veux mettre en évidence, c'est la circulaire de M. Willems, portant la date du 21 août 1852.

« J'ai l'honneur de vous informer, dit-il, que certains artistes

vétérinaires ne suivent pas la méthode d'inoculation, telle que je l'ai donnée, et que par suite, ils s'exposent à voir en résulter de nombreux inconvénients. Ainsi M. Maris, artiste vétérinaire à Hasselt, inocule des bêtes au fanon et en a tué différentes par ce procédé. De pareilles innovations ne devraient pas se faire pour le moment, parce qu'elles servent à faire tomber le discrédit sur une méthode qui est bonne, mais qui est mal employée.»

Que l'on rapproche les deux passages qui datent du même mois, il en ressortira pour tout le monde, que M. Willems se disposait à accaparer le succès des inoculations au fanon, en cas de réussite, et qu'il les répudie, en accablant leur auteur, parce qu'elles ont eu des conséquences déplorables.

Faut-il les attribuer au lieu d'élection? Toutes les inoculations pratiquées à cette région ont-elles eu le même résultat? Nous venons de voir le compte-rendu par M. Willems des premières tentatives de M. Maris. Sur vingt bêtes, pas une ne présente d'accidents, l'opération suit une marche régulière; M. Willems imite à Nimy-Maisières l'exemple donné par M. Maris. M. Dele inocule une trentaine d'animaux au fanon, un seul succombe, tandis que dans une étable saine il en perd cinq sur onze par suite de l'inoculation à la queue. La Commission pratique quelques insertions à la même région; elle obtient, en peu de jours, une tuméfaction circonscrite qui parcourt régulièrement ses périodes.

Les accidents survenus dans la pratique de M. Maris ne dépendent pas du lieu d'élection, mais bien de la matière insérée, ainsi que nous le prouverons ultérieurement.

MM. Willems et Didot n'en ont pas moins saisi cette occasion pour opposer une fin de non-recevoir en plus aux insuccès constatés dans les inoculations caudales.

En quoi consiste donc cette fameuse méthode constamment heureuse, et que l'on cherche, comme tout ce qui a trait à l'inoculation, à envelopper du voile du mysticisme? M. Willems va nous l'apprendre. Dans une de ses réponses aux questions posées par M. Sauveur, il dit : « Je préfère la piqure à l'incision, parce qu'on fait une plaie moins grande, qui suppure moins, et qu'il est tout à fait inutile de faire une lésion étendue, puisque, pour atteindre mon but, on n'a qu'à y déposer une goutte de virus. Que la plaie inoculatrice dépasse le derme ou qu'elle ne le dépasse pas, cela doit être indifférent, quant aux effets de l'inoculation, pourvu toutefois que le virus soit mis en

contact avec les vaisseaux absorbants. Du reste, en pratique, on ne limite pas son action comme on veut. »

Où est le mystère ? Sont-ce là des préceptes qui ne se trouvent qu'à la portée d'un petit nombre d'élus ?

Si l'on se trouve réellement en présence d'un virus, la contagion succédera à l'insertion d'un atome, tout aussi bien qu'à celle d'une forte dose. Le mode d'imprégnation, le lieu par où il pénètre dans l'économie sont tout aussi indifférents. Qu'un individu soit vacciné par une ou par vingt piqûres, qu'elles soient pratiquées au bras, à la jambe, à la nuque ou aux doigts, par lesquels s'infectaient les laitiers de Jenner, le vaccin n'en produira pas moins ses effets ; soulevez la peau avec la pointe de la lancette, ou incisez-la, vous aurez encore une vaccine préservatrice.

Si l'art a régularisé les inoculations virulentes, c'est que le choix de la région devait être subordonné à la commodité de l'inoculé, à celle de l'opérateur, aux phénomènes locaux qui doivent se développer, et qui peuvent être troublés par le froissement, par la disposition anatomique, etc. Or, je pose en fait, que, sous ces divers rapports, il n'est pas de partie plus inopportune que la queue.

Que l'on ne vienne donc pas nous parler d'une méthode spéciale, et partager les inoculateurs en initiés et en profanes ; les uns et les autres ont eu des accidents, avec cette différence qu'on cherche à les faire retomber sur l'imprudence et la maladresse de ceux qui les avouent, et qu'on multiplie tous ses efforts pour atténuer, masquer ou couvrir du secret les sinistres des opérateurs qui prétendent être en possession de la véritable méthode.

Je cite des faits, afin d'appuyer ce que j'avance.

Sur 51 inoculations pratiquées à la ferme de Malevé, cinq bêtes succombent à l'opération, quatre meurent de la pneumonie. M. Didot ne trouve d'autre cause à cet accident *que M. Willems est parvenu à éviter presque entièrement, si ce n'est que l'on a complètement perdu de vue les indications de l'auteur de la méthode, que l'on a négligé beaucoup de choses.*

Rendant compte, à la page suivante, des inoculations faites par M. Willems dans les étables de M. le baron De Chestret, M. Didot ne formule plus un mot de critique, *le résultat brut lui paraît assez significatif, et la cessation presque instantanée de l'épizootie suffit pour faire comprendre la puissance de l'opération qui a dompté le fléau.*

Ce résultat brut, le voici : soixante-dix-sept bêtes sont inocu-

lées ; cinquante-quatre n'en ressentent pas les effets. Des vingt-trois inoculées avec succès, quatre perdent un bout de la queue ; chez trois, cet appendice se détache jusqu'à la base ; deux succombent à la gangrène de la queue ; toutes les deux présentent les symptômes et les lésions de la pleuropneumonie ; deux autres bêtes inoculées sans succès, en sont également atteintes.

Quelle est donc la différence entre l'histoire de l'étable de Malevé et l'histoire de l'étable de M. le baron De Chestret ? Le résultat brut me paraît aussi significatif dans l'une que dans l'autre, et il est permis de demander à M. Didot, *si l'auteur n'a pas perdu de vue les indications de sa méthode, s'il n'a pas négligé beaucoup de choses.*

Montaigne s'accuse quelque part d'être tantôt sage, tantôt libertain, tantôt vrai, tantôt menteur, chaste, impudique, puis libéral, prodigue et avaro, et *tout cela*, dit-il, *suivant que les circonstances le virent.*

La même mobilité est introduite dans l'ordre des faits ; selon les circonstances, ils deviennent tout aussi *ondoyants* et *divers* que les tendances morales.

L'impartialité semble consister à déverser le blâme ou l'éloge, suivant les individus qui opèrent. *Le pour moi, c'est bien différent*, de l'*École des vieillards* reçoit ici son application pratique.

Quoi qu'il en soit, disons, en passant, que M. De Chestret paraît avoir été si satisfait de la méthode, qu'il n'a point jugé à propos d'en faire une seconde fois l'essai. Il a renouvelé son troupeau, la pneumonie s'y est encore introduite cette année ; elle s'est arrêtée, après avoir attaqué quatre ou cinq individus.

Tout en donnant un brevet d'incapacité aux hommes de l'art, on ne se fait pas faute d'invoquer les inoculations pratiquées par des valets de ferme. On va même jusqu'à couvrir d'infamie les adversaires de l'inoculation : on les a accusés de spéculer sur une calamité publique, et l'on a dit que les vétérinaires s'opposaient à l'inoculation, parce qu'ils n'auraient plus eu à traiter, ni à faire abattre des bêtes pneumoniques. M. Didot en répétant cette accusation, en a assumé la responsabilité.

Si l'intérêt avait été le guide unique des praticiens, ils auraient acclamé l'invention de M. Willems, qui leur ouvrait une mine d'or. L'inoculation de tout le bétail né et à naître, le traitement des accidents consécutifs, exigeant en moyenne deux mois, présentent effectivement une source de revenus, auprès de laquelle la pneumonie est une misère.

Malgré les perfectionnements réels ou imaginaires, que M. Willems a apportés à sa méthode, l'inoculation n'est pas sans dangers. Partout où l'on a inoculé, soit en Belgique, soit à l'étranger, les pertes ont été évaluées à deux pour cent, indépendamment de la chute totale ou partielle de la queue. Dans quelques cas exceptionnels, les sinistres se multiplient et enlèvent jusqu'à cinq et six pour cent du bétail, de manière à rendre l'opération plus désastreuse que la maladie. M. Willems et ses partisans, nonobstant leurs allégations contraires, n'ont pas été plus heureux, sous ce rapport, que leurs adversaires.

Les accidents se déclarent dans les étables saines, aussi bien que dans celles ravagées par la pneumonie; les premières ne jouissent, à cet égard, d'aucun privilège, ainsi que M. Didot cherche à le faire croire. Qu'il s'appuie sur des faits, et nous lui opposerons des faits. Je ne puis cependant me dispenser d'une simple réflexion. Si l'infection des étables accroit les dangers de l'inoculation, comment l'auteur de la méthode est-il parvenu à en garantir les bestiaux de Hasselt, qui habitaient des locaux infectés depuis plusieurs années, et parmi lesquels la pneumonie faisait encore d'épouvantables ravages au moment de l'inoculation? M. Didot voudra peut-être bien nous révéler ce mystère, ou nous expliquer cette contradiction.

En présence de pareils échantillons de la manière de raisonner familière à l'inventeur de l'inoculation et à son avocat, j'avoue, Messieurs, que j'éprouve quelque embarras à parler convenablement d'une telle aberration de la philosophie médicale. Je ne rencontre pas un principe qui supporte l'examen et qui puisse être absous par la science. Toujours et avec une ténacité décourageante, on s'obstine à déplacer le terrain de l'observation, de sorte que l'on pourrait se dire, en se rappelant la pensée de Pascal : Vérité hier, erreur demain !

Ces procédés peuvent obtenir un succès momentané parmi messieurs les distillateurs, engraisseurs et bouviers; on parviendra à leur soutirer des adhésions, alors même qu'ils n'ont pas profité de la découverte; à organiser des ovations; à les publier à grand renfort de grosse caisse et de tam-tam, mais je doute que ces moyens, dignes de Fontanarose, reçoivent le même accueil dans une assemblée sérieuse et compétente.

Passons à l'examen des faits.

La Commission a avancé que la pleuropneumonie exsudative avait eu des interrègnes à Hasselt, que le fait posé par M. Wil-

lems, qu'elle a sévi dans cette ville, sans interruption, de 1836 à 1852, était inexact.

Quoique nous ayons basé notre assertion sur une autorité qui, dans l'occurrence, aurait dû ne pas être suspectée, M. Didot dit que nous sommes dans l'erreur. Cette autorité est M. Willems père. M. Didot a pu lire dans le rapport le texte même de la communication faite, en 1847, par M. Willems père, au Conseil supérieur d'agriculture. Il a mieux aimé supprimer ce passage gênant ; l'on s'épargne ainsi la peine de le discuter.

Je reproduis les paroles de M. Willems père : « Depuis 1836, jusqu'au mois d'octobre 1846, le bétail de mon étable a été rarement exempt de la pleuropneumonie épizootique ; cependant, depuis environ six mois, il ne s'est plus présenté aucun cas de cette épizootie, ce que je crois devoir attribuer, etc. »

« Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que deux distillateurs de Hasselt, en suivant le même procédé, ont également préservé leurs étables du fléau dévastateur. »

Cette assertion positive est confirmée par la Commission locale de Hasselt. Qui donc est dans l'erreur ? Est-ce M. Willems père ou M. Willems fils ? Je prends la liberté de soumettre cette question à M. Didot.

Ne nous le dissimulons pas, les désastres de la pneumonie bovine ont cruellement atteint la ville de Hasselt dans ses intérêts matériels ; de même que nous n'avons pas la pensée de les atténuer, nous repoussons les exagérations et les statistiques mensongères.

M. Didot évalue à cinquante-cinq par an les bêtes pneumoniques abattues par ordre, pendant les six dernières années, et de quinze à vingt-cinq, le chiffre des animaux malades livrés hebdomadairement à la boucherie, et cela, durant la période de 1836 à 1853. Ces moyennes lui fournissent un total de huit cent quarante-six bœufs d'un côté, et de seize mille six cent quarante de l'autre.

Il est connu que les chiffres sont élastiques, et que leur signification varie singulièrement suivant l'art de les grouper.

D'abord, M. Didot concentre dans la ville de Hasselt, un total qui doit être réparti sur toute la province de Limbourg. Pendant la période décennale de 1840 à 1850, il a été abattu par ordre, dans cette province, cinq cent dix-neuf bêtes bovines ; ce qui fait pour une population de quatre-vingt-sept mille neuf

cent quarante-une têtes, cinquante-deux moins une fraction, par an. Il y aurait encore à retrancher du chiffre cinquante-deux, les bêtes charbonneuses qui ont été sacrifiées, mais le rapport officiel ne classant pas les pertes par genre de maladie, nous nous abstenons d'en fixer le nombre arbitrairement, et nous les mettons toutes sur le compte de la pneumonie.

La maladie a-t-elle été plus fréquente avant 1840 ? M. Didot est-il autorisé à généraliser la moyenne de cinquante-cinq qu'il a adoptée ? Le rapport officiel dit : « Les provinces qui ont eu le plus de cas de pleuropneumonie sont celles de Brabant, de la Flandre orientale et de Liège. L'accroissement de la maladie, en 1850, porte sur les mêmes provinces et sur celle de Limbourg. » Effectivement les cas étaient de 43 en 1849, ils sont montés à 137, en 1850.

M. Didot invoquant la statistique officielle, doit l'avoir consultée ; il semble étrange que ces chiffres et ce passage lui aient échappé.

Le nombre des bêtes malades livrées par semaine à la boucherie, est-il plus exact ? M. Didot l'évalue de 15 à 25 par semaine, et il prend modestement une moyenne de 20. M. Willems ne la fixe qu'à 18, ce qui fait déjà une diminution de 104 bêtes par an. L'inventeur de l'inoculation, qui semble ne pas tenir beaucoup à être conséquent, écrivait à la Commission, sous la date du 27 octobre 1852 : « La population bovine est aujourd'hui plus grande que jamais dans ma ville natale ; tandis que les années précédentes, à semblable époque (pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre), les étables étaient ravagées par la pleuropneumonie, aujourd'hui on ne compte plus de victimes. Il partait régulièrement de la ville de Hasselt, à cette époque de l'année, dix à quinze bêtes malades de la pleuropneumonie, par semaine, pour les marchés des grandes villes de la Belgique, deux ou trois bêtes malades étaient envoyées à l'abattoir de la ville et livrées pour la consommation de ses habitants, et deux ou trois autres par mois étaient abattues par ordre de l'autorité. »

Le chiffre rond de dix-huit subit déjà une soustraction, et l'année industrielle de quatre mois remplace l'année scolaire de douze.

M. Maris dont les assertions sont mises en suspicion, dès qu'elles contredisent les faits avancés par M. Willems, mais dont le témoignage est invoqué du moment où il fournit un

argument duquel il est possible de tirer parti, M. Maris donne aussi sa statistique. Il évalue à quatre par semaine, les bêtes pneumoniques envoyées aux abattoirs des grands centres de la Belgique, et à soixante-dix le nombre de celles qui, dans le courant d'une année, sont tuées à Hasselt même.

En 1851, M. Maris a observé dans le district agricole de Hasselt treize cents bêtes pneumoniques. MM. Willems et Didot admettent ce total. Quoiqu'il ne soit pas officiel, je l'accepte, précisément parce que M. Maris le donne, et que la consciencieuse exactitude avec laquelle ce vétérinaire tient son journal, m'est connue.

La pleuropneumonie qui commençait à s'accroître, en 1850, avait atteint son apogée en 1851. Durant l'hiver de 1851 à 1852, elle entra dans la période de décroissance.

M. Didot soutient que la maladie faisait encore d'épouvantables ravages à Hasselt, au mois d'avril 1852. Comparant ensuite le passé au présent, il donne une description romantique de ces belles galeries où les bœufs étalent un luxe de formes et une santé plantureuse. L'étable de M. Platel est particulièrement citée; ce distillateur a foi dans l'inoculation, il en a constaté l'efficacité. Je suis vraiment peiné que ce magnifique étalage doive disparaître, comme s'il était touché par la baguette magique d'une mauvaise fée. Depuis 1840, M. Platel n'a pas repeuplé ses étables; elles ne le sont point encore aujourd'hui. Qu'il s'inquiète peu du fléau, cela se comprend, mais sa foi dans l'inoculation, la constatation de son efficacité sur les bœufs de ses superbes galeries, sont des licences permises au romancier, et que l'historien répudie.

Quant aux épouvantables ravages que la pneumonie faisait encore à Hasselt, au mois d'avril 1852, je n'ai pas l'habitude d'opposer à une affirmation dépourvue de preuves, une négation portant le même caractère. Je m'appuie sur un document authentique, sur le rapport de la Commission d'agriculture de la province de Limbourg. Je pense qu'il ne sera pas recusé par M. Didot, car il a été dressé, rédigé et signé par MM. Willems, père et frère de l'inventeur de l'inoculation, en leurs qualités respectives de président et de secrétaire de la Commission d'agriculture.

Cent huit cas de pleuropneumonie ont été annotés pour la province de Limbourg pendant le premier trimestre de l'année 1852; sur ce nombre, soixante-cinq ont été recueillis dans le district de

Hasselt, et trente-sept bêtes, sur cent huit, ont été vendues pour la consommation.

« L'état sanitaire des bêtes bovines a été moins satisfaisant pendant ce trimestre que pendant le dernier de l'année 1851, dit le président ; le nombre des bêtes atteintes pendant ce dernier trimestre n'était que de soixante et une. (N'oublions pas que ce chiffre comprend toute la province de Limbourg et ne s'applique pas exclusivement au chef-lieu.)

« Le total des guérisons a été très-considérable, comparativement à celui des trimestres précédents. Le vétérinaire de la seconde circonscription du premier district agricole dit cependant que l'intensité de la pneumonie a considérablement diminué depuis l'année dernière, attendu que le nombre de sujets reconnus par lui, comme atteints de cette épizootie, pendant ce trimestre, n'a été que de soixante-deux, tandis qu'il en a observé au delà de cinq cents pendant le courant de 1850, et au delà de mille trois cents pendant l'année 1851. »

Or, mille trois cents cas de pleuropneumonie ont été recueillis dans le district de Hasselt en 1851, dont soixante et un durant le dernier trimestre, et soixante-cinq pendant le premier trimestre de 1852, alors que l'inoculation n'était pas encore sortie de ses langes. Si nous tenons compte de l'accroissement du nombre des guérisons, ne sommes-nous pas en droit d'avancer que la maladie était à son déclin ? Ne sommes-nous pas en droit de demander à M. Didot, où sont ces *épouvantables ravages*, où sont les vingt bêtes pneumoniques qu'il envoie par semaine à la boucherie ?

Le 26 juin, M. Willems informe la Commission qu'environ sept cents individus de la race bovine ont été inoculés à Hasselt par les soins de MM. Maris et Vaes, et que pas un n'a contracté la pneumonie. A cette époque, les inoculations pratiquées par M. Maris étaient considérées comme bonnes et valables ; ce n'est que vers le mois de novembre suivant, qu'elles ont commencé à perdre de leur valeur aux yeux de MM. Willems et Didot.

Quoi qu'il en soit, sept cents individus sont inoculés et préservés sur une population bovine que ces messieurs évaluent à deux mille cinq cents têtes. Il en reste par conséquent mille huit cents qui n'ont pas reçu les bienfaits du préservatif, et parmi lesquelles la pneumonie doit continuer ses *épouvantables ravages*, puisque, suivant M. Didot, elle les exerçait encore au mois d'avril.

Le rapport de MM. Willems père et fils constate, pendant le deuxième trimestre 1852, onze cas de pneumonie pour le district de Hasselt, et quarante pour les autres localités de la province, plus trois malades restés du trimestre précédent, total cinquante-quatre. Vingt-trois bêtes ont été abattues par ordre, vingt-trois sont guéries ; la boucherie s'est emparée des autres.

Le rapport dit en outre que, depuis nombre d'années, l'état sanitaire du bétail n'a été aussi satisfaisant.

Dans le troisième trimestre, l'inoculation se propage, mais elle ne chasse pas la maladie comme le prétend M. Didot; il y a même une légère recrudescence. De cinquante-quatre le chiffre monte à soixante-quatorze pour la province, dont vingt-sept reviennent au district de Hasselt. Quatorze bêtes sont livrées à la boucherie à l'invasion du mal.

Le quatrième trimestre compte quatre-vingt-six malades ; trente-un appartiennent au district de Hasselt.

Quand on suit, sans prévention, la fluctuation de ces chiffres; lorsqu'on réfléchit qu'en 1850, année où, suivant la statistique officielle, les progrès de la maladie ont commencé à s'étendre sur le Limbourg, le district de Hasselt a compté cinq cents malades, qu'il a été de mille trois cents en 1851, que le nombre des malades du premier trimestre de 1852, dépassait légèrement celui du dernier trimestre de 1851; que toute l'année n'a fourni pour le district de Hasselt que cent trente-quatre cas ; que les guérisons et les décès ou abatages se balancent ;

Si l'on tient compte que, pendant ces prétendus *ravages épouvantables*, MM. Stellingwerff, Prikken, Vanderstraeten et J. Vinkenbosch, distillateurs à Hasselt, n'ont pas soumis leur bétail à l'inoculation, que M. Jacques Verstraelen n'y a soumis que trois bêtes, que M. Smeets a fait inoculer un petit nombre d'animaux et que la crainte des accidents l'a fait renoncer à cette pratique, que MM. De Borman et Palmers n'ont fait inoculer leur bétail que partiellement ; que M. L. Vanvinckeroy, après avoir fait inoculer tout son bétail, a engraisé une soixantaine de bœufs non soumis au préservatif, et que la pneumonie a respecté les étables de ces industriels, je ne saurais prendre que cette conclusion posée par la Commission : *l'inoculation a coïncidé avec le déclin de la pneumonie*, et persister dans la formule : *Non propter hoc*.

Si nous appliquions ces recherches statistiques à toutes les

provinces, nous arriverions à des résultats semblables, soit que l'on n'y ait, soit que l'on n'y ait pas inoculé.

Le procédé employé par M. Didot pour accabler ceux qui ne croient pas à la puissance de l'inoculation est aussi utilisé dans l'examen des faits.

Les faits qui semblent favorables à la pratique sont reproduits avec complaisance ; il n'a pas besoin de microscope pour les analyser, il les adopte aveuglément. Quelques-uns cependant sont un peu gênants ; ils justifient cette réserve de la Commission *qu'une critique peu sévère s'en accommoderait difficilement*. Quoique M. Didot partage implicitement l'opinion émise, car il les passe sous silence, il n'en verse pas moins l'ironie à pleines mains sur cette phrase.

M. Willems devient une intéressante victime des *préjugés, du mauvais vouloir de la Commission*. Celle-ci relègue les faits qu'il rapporte aux pièces justificatives. Ces faits sont des articles de foi, malgré leur laconisme. Toutes les observations de M. Willems peuvent se résumer en ces trois mots fameux : *Veni, vidi, vici*. Et si, comme il est arrivé en maintes circonstances, le fait vu par d'autres est relaté d'une manière différente, arrière l'audacieux qui ose douter de l'infailibilité de l'apôtre de l'inoculation.

Nous exhumons des renseignements quelques observations appartenant à M. Willems ; l'Académie jugera qui avait intérêt à ce qu'elles y gardassent un repos éternel.

Ainsi que nous l'avons vu, la thèse change, aussitôt que l'inoculation se montre impuissante, et M. Didot, pour mieux faire ressortir ce qu'il appelle *les préventions, le mauvais vouloir de la Commission*, énumère avec complaisance les causes d'illusion qui peuvent avoir donné le change, sans s'apercevoir qu'avec le système où il s'engage, toute plume serait suspecte, quelle que fût d'ailleurs la main qui l'a tenue. Il a encore recours à un autre moyen qui ne porte pas le cachet de la loyauté scientifique ; il ne se fait aucun scrupule de donner des faits qu'il emprunte à la Commission, une édition revue et corrigée ; la suppression d'un bout de phrase les présente sous un jour nouveau, et de cette façon ils tournent au profit du système.

Cette manière d'agir est commode, sans doute, mais elle est aussi la négation de la science. Où doit s'arrêter cet optimisme d'un côté, ce scepticisme de l'autre ? Et que deviendrait la médecine, si elle était réduite à suspecter ainsi, pour les besoins

de la cause, l'autorité de la tradition dont elle relève? En érigéant en principe cet électionisme qui rend libre de choisir les faits venant en aide à nos préjugés et de suspecter ceux qui se montrent moins complaisants, on écrit l'histoire pour servir les intérêts d'une théorie, d'un parti; mais la vérité n'admet pas de pareilles transactions : elle rappelle ses droits, quand elle les voit ainsi ouvertement méconnus.

Les premières inoculations publiques furent pratiquées dans les étables de MM. Nys. Le 10 juin, M. Willems écrit à la Commission, que sur quarante-cinq individus inoculés, le 29 avril, pas un n'est devenu malade, tandis que trente non inoculés ont déjà fourni quatre malades.

Le 26 juin, rendant compte du même fait, M. Willems dit avoir inoculé, le 29 avril, quarante-six bêtes ; trente-six n'ont pas subi l'opération ; le nombre de celles qui sont tombées malades dans ce dernier groupe a été de treize.

Ainsi, en moins de seize jours, les trois totaux indiqués présentent une différence de un, six et neuf.

M. Didot appuie sur l'importance de ce fait ; quant à la non concordance des deux versions, il glisse entre parenthèse, *à part quelques différences de chiffres.*

La Commission est vertement tancée, parce qu'elle a avancé qu'au moment où les premières inoculations eurent lieu chez MM. Nys, *les dernières bêtes pneumoniques venaient d'être expédiées pour la boucherie.*

Cette phrase est littéralement extraite du rapport de M. Vaes, qui servit d'aide à M. Willems.

La Commission, n'ayant pas voulu discuter les faits, ne s'est pas arrêtée à ces quelques contradictions. Imitons-la et passons outre.

L'événement qui a eu lieu dans l'étable de M. Rousseau, dit M. Didot, oublié dans le rapport de la Commission, méritait une mention spéciale. Je renvoie M. Didot à la page 142 du rapport, où il pourra lire : « *Chez M. Rousseau les bêtes d'une première étable envahie par la pleuropneumonie n'ont pas été inoculées ; dans une deuxième, où la maladie ne sévissait pas, l'opération a été pratiquée sur sept animaux par M. Willems.* »

Ce passage n'est pas cependant si microscopique, que M. Didot ne soit parvenu à le découvrir à l'œil nu. Suivant notre contradicteur, deux bœufs non inoculés appartenant à M. Rousseau ont contracté la pneumonie ; M. Willems en compte quatre.

L'accord existe donc, *à part quelques différences de chiffres*, auxquels on n'attache pas d'importance, car elles prouvent l'exactitude rigoureuse que l'on a apportée dans l'observation.

Je reproduis, *in extenso*, le premier fait favorable cité par M. Didot, et extrait de la correspondance de M. Willems.

« Le 3 juin, dit M. Willems, je me rends chez M. le baron de Woelmont d'Oplieux, agronome très-distingué ; la pleuro-pneumonie venait d'éclater dans ses étables depuis deux à trois mois, et ses plus belles vaches avaient déjà été atteintes, vingt et une d'entre elles avaient déjà été visitées par le fléau. Je pratique l'inoculation sur une vache malade, qui guérit, et sur trois autres, pour enseigner ma manière de faire à M. Schoofs, vétérinaire du Gouvernement à Looz. Le même jour, M. Schoofs inocule quarante-deux bêtes du troupeau de M. le baron de Woelmont, et depuis lors la maladie y a entièrement disparu. »

La pneumonie débuta dans ce troupeau le 28 du mois de mars ; elle attaqua successivement vingt et une bêtes ; le 27 mai se présentèrent les deux derniers cas.

Le 3 juin, M. Schoofs inocula un bœuf, un taureau, dix-neuf vaches, onze génisses et huit veaux, total quarante bêtes.

Les premiers phénomènes de l'insertion se montrèrent le 27 juin sur trois génisses, le 4 juillet sur deux vaches, le 10 juillet sur trois autres vaches et le taureau. Le total des bêtes inoculées avec succès fut ainsi de neuf sur quarante.

Je demande à tout esprit non prévenu, quelle est la valeur de cette observation ? Quelle influence a eu l'inoculation sur l'arrêt de la maladie ? Pourquoi n'a-t-elle plus cherché de victimes parmi les trente-une bêtes sur lesquelles l'opération est demeurée inerte ? Je répondrai à ces questions, parce que la pneumonie s'éteignait, parce que l'inoculation a coïncidé avec la terminaison du mal.

Voilà à quoi se réduisent la plupart des observations laconiques de M. Willems ; toujours des affirmations, jamais un fait circonstancié. Lorsqu'on les met en rapport avec les détails venus d'une autre source, l'analyse en fait ordinairement sortir une signification autre que celle proclamée par l'auteur.

M. Didot comprend-il maintenant le motif qui a engagé la Commission à ne pas exhumer des pièces à l'appui des observations ainsi présentées ? Fera-t-il encore chorus avec M. Willems, en nous accusant d'avoir agi avec passion, et ne reconnaîtra-t-il pas que la Commission aurait eu beau jeu, si la dis-

cussion des faits avait prévalu dans son sein? Des affirmations, des négations rétrospectives semblent trop intéressées pour n'être pas suspectes.

Parmi les faits qui semblent attribuer une efficacité à l'inoculation, il en est sur lesquels la Commission n'a pas reçu des renseignements contradictoires; elle les a admis, car, libre de toute préoccupation, elle aurait cru faire injure aux hommes de l'art, en leur renvoyant les épithètes gracieuses que lui adresse M. Didot. Elle n'a pas même refusé d'enregistrer au bénéfice de la méthode, les inoculations pratiquées par un valet de ferme. M. Didot ne se serait certainement pas montré aussi accommodant, si la pneumonie eût fait encore quelques victimes après l'opération.

La Commission a fait de larges concessions au procédé préservatif; notre contradicteur paraît ne pas s'en être aperçu, car peu lui importe qui présente les faits, comment ils sont présentés, tout lui est de bonne prise. On voit partout percer l'oreille systématique, malgré les efforts que l'on fait pour l'empêcher de poindre. Appuyons notre assertion par quelques exemples.

L'inoculation chasse la pneumonie du troupeau d'un fermier d'Oplinter. M. Windelinx, vétérinaire à Tirlemont, relate le fait sur une simple conversation qu'il a eue avec ce fermier. M. Didot, tout en le reproduisant, n'a pas jugé à propos de rappeler cette circonstance. Si nous demandons qui a vu, observé et suivi la maladie, qui a inoculé, quelle a été la marche de l'opération, combien de temps il s'est écoulé entre l'achat des trois dernières vaches non soumises à l'inoculation et le début de la pneumonie chez l'une d'elles, nous n'obtenons pas de réponse.

Le fait étant favorable, il n'est plus besoin de critique.

Cinq bêtes sur quarante-six n'éprouvent pas les effets de l'insertion virulente; la pneumonie les atteint. Étrange hasard, s'écrit M. Didot!

L'histoire de ces cinq bêtes fait apprécier ce hasard étrange.

Au mois de juillet 1852, la pneumonie se déclare parmi les vaches à lait du sieur Kyndt, cultivateur à Eessen. Deux vaches venaient d'être abattues; une troisième, restant en traitement, fut sacrifiée le 24 juillet.

Le même jour, on inocula cinq vaches à lait pâturant dans un pré éloigné de la ferme. Ces bêtes n'avaient pas communiqué avec les malades; elles étaient en bonne santé, bien que le poil

parût un peu moins luisant qu'il ne l'est communément sur celles placées en pâture.

Cinq autres vaches à lait et deux génisses, âgées de dix-huit mois, appartenant au même propriétaire, furent inoculées le même jour que les précédentes. Ces animaux fréquentaient le pâturage où la maladie avait pris naissance.

Du douzième au quinzième jour, il se manifeste un léger gonflement avec sensibilité au bout de la queue. Deux vaches chez lesquelles les phénomènes locaux n'apparaissent pas, présentent les symptômes de la pneumonie le 2 août, ou huit jours après l'inoculation.

Le 23 octobre 1852, cinq génisses appartenant au propriétaire des bêtes précédentes, sont inoculées. Elles se trouvent dans un pâturage à Reninghe, et jouissent d'une bonne santé. Au mois de juin, l'on a retiré du pâturage une génisse grasse suspecte; quinze jours avant l'opération, l'on en retire une seconde pour le même motif.

Le 22 octobre, on reconnaît la pneumonie au second degré chez une bête, et le 27 du même mois, on commence à apercevoir les premiers signes locaux de l'inoculation.

Le 7 octobre, la pneumonie éclate parmi les bêtes à cornes de Delanghe, cultivateur à Merckem. Elles sont inoculées le 15. Sur cinq bêtes, deux sont malades au moment où on les pneumonise, trois paraissent saines. Les phénomènes locaux sont nuls sur ces deux animaux; ils succombent à la pneumonie.

De ces cinq bêtes, deux tombent malades huit jours après l'inoculation; une, avant la manifestation des phénomènes locaux sur ses compagnes; deux sont pneumoniques, lorsqu'on les inocule.

Qu'en pense M. Didot? Le hasard lui paraît-il encore étrange? Et en mettant de pareils faits au nombre de ceux où l'inoculation *semble avoir préservé*, la Commission mérite-elle le blâme qu'il lui a infligé? Écarte-elle les faits favorables, tout en mettant en évidence ceux où l'inoculation s'est montrée impuissante? Avons-nous eu tort de formuler une réserve sur la valeur d'observations de cette nature?

M. Rimbaux préserve deux étables, en inoculant du virus conservé dans une fiole depuis quinze et vingt et un jours. Comme M. Willems déclare que le virus pneumonique ne conserve ses propriétés que pendant huit jours, que M. Rimbaux a inoculé au mois de juin, époque des chaleurs, et que ce pré-

tendu virus ne pouvait être qu'un liquide animal en décomposition, son pouvoir préservatif devient assez gênant. M. Didot n'en est pas embarrassé; il découpe adroitement le fait principal dans le rapport de la Commission, et jette les accessoires aux rognures.

Les bestiaux du fermier d'Hont à Wevelgem, au nombre de quarante, sont placés dans deux étables séparées par une chambre à fourrage. L'une renferme quatorze têtes, l'autre vingt-six. Ces animaux ne sont séparés que la nuit; le jour ils fréquentent un pâturage commun. Trois vaches de l'étable, des quatorze, sont attaquées par la pneumonie; on inocule les onze bêtes restantes. Une succombe, une autre perd la queue, la maladie ne fait plus de nouvelles victimes.

M. Didot a encore eu une distraction en rapportant ce fait; il a perdu de vue la communication journalière des bêtes des deux étables dans un pâturage commun, et cette omission volontaire ou involontaire change radicalement le sens de l'observation.

Un individu sain cohabitant avec un autre individu atteint d'une maladie contagieuse est suspect, mais faut-il qu'il soit nécessairement atteint de la même affection, y est-il fatalement voué? La pleuropneumonie exsudative est fort capricieuse dans sa marche: tantôt elle décime toute une étable; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle atteint un petit nombre d'individus, puis disparaît; d'autres fois encore, les victimes se succèdent à des intervalles de quelques semaines ou de quelques mois.

MM. Willems et Didot semblent ne pas se douter de cette particularité; ils assimilent la contagion pleuropneumonique à la contagion variolique, et en ne tenant aucun compte de cet élément important de la question, ils remportent des victoires sans combats.

La Commission a rangé le fait du fermier d'Hont, dans un deuxième ordre, portant pour titre *où l'inoculation et l'immunité ne paraissent être qu'une simple coïncidence*. Cet ordre, dont M. Didot ne fait pas mention, comprend les étables infectées dans lesquelles la moitié, le tiers ou le quart des habitants ont été inoculés, et dont la pneumonie n'a pas moins disparu. C'est donc un fait de ce genre, ayant sa contre-épreuve, que M. Didot a transposé, en l'arrangeant à sa manière. Une circonstance démontre la justesse de notre interprétation: la vache à laquelle l'inoculation a enlevé la queue, au mois d'août, a contracté la pneumonie au mois de janvier de l'année suivante.

L'observation de M. Fabry présente le même caractère. Treize

vaches fréquentent un pâturage dans lequel l'une d'elles est reconnue atteinte du mal. Elles sont inoculées ; neuf en ressentent les effets, elles restent saines aussi bien que les quatre sur lesquelles l'opération est demeurée nulle. Une semblable préservation ne prouve pas autre chose qu'une simple coïncidence entre l'inoculation et l'arrêt de la maladie.

La correspondance de M. Willems recèle une observation remarquable découverte par M. Didot, et qu'il s'étonne de ne pas voir placée en première ligne, au lieu de la voir reléguée parmi les pièces justificatives. Nous satisfaisons à cette réclamation.

M. Willems dit et M. Didot répète naïvement, que le 10 juin la maladie sévissait avec *grande intensité* dans les étables de M. Marchand, bourgmestre à Thinnès, *qu'il y avait même deux bêtes malades* ! L'inoculation en a nécessairement triomphé. N'admirez-vous pas, Messieurs, cette grande intensité, deux bêtes sur un troupeau de quatre-vingts têtes sont malades ! Il paraît que la valeur des mots change, suivant qu'on en cherche la signification dans le Dictionnaire de l'Académie ou dans le vocabulaire de MM. Willems et Didot. A l'avenir, lorsque dans une caserne, une prison ou tout autre rassemblement, il y aura deux typhoïdes, on pourra dire que le typhus sévit avec une *grande intensité*, qu'il fait d'*épouvantables ravages*.

Ce fait était digne, en effet, de figurer en premier ordre dans la nomenclature des observations de M. Willems. Quant à moi, je persiste à croire que la Commission lui a rendu service, en le laissant dormir en paix.

D'étape en étape, M. Didot nous conduit à la célèbre auberge du Boerendans. Cette célèbre auberge nous a déjà valu bien des récriminations de la part de M. Willems, et son avocat donne à entendre que nous avons omis avec préméditation les faits accablants qu'elle révèle.

Une explication préliminaire devient indispensable, avant d'aborder l'affaire du Boerendans.

La Commission ne jouissant pas de la franchise de port, correspond par l'intermédiaire du Ministère de l'Intérieur. Le rapport de M. Mommen, daté du 7 janvier, parvint à la Commission le 30, alors que le dépouillement des pièces, qui avait exigé beaucoup de temps, était terminé et le rapport de la Commission rédigé. La séance, dans laquelle il devait être discuté, étant fixée au 6 février, nous avons cru pouvoir nous dispenser des nouveaux calculs et des intervalations que nécessitaient les pièces

envoyées non-seulement par M. Mommen, mais celles encore plus tardives que nous adressèrent quatre autres vétérinaires.

Du reste, MM. Didot et Willems ne perdront rien pour avoir attendu.

M. Mommen consigne dans son tableau que quatre vaches et six veaux ont été inoculés, le 6 juillet 1852, chez la veuve Jean Vaes, à Haelen ; que la pneumonie existait dans l'étable, qu'une bête la contracta après l'inoculation, et qu'une autre périt des suites de l'opération.

Le 22 novembre de la même année, trois autres bêtes appartenant à cette veuve ont encore été inoculées, mais la pneumonie avait disparu.

Une première contradiction entre la version de M. Mommen et celle de M. Willems saute aux yeux : l'un porte la date de l'opération au 6 juillet, l'autre au 7 août. Suivant M. Willems le nombre des bêtes était de treize, M. Mommen n'en compte que dix. Deux, dit M. Willems, contractèrent encore la maladie, deux ou trois jours après l'opération ; M. Mommen n'en mentionne qu'une, sans préciser de date ; la seconde tomba victime de l'opération.

Le rapprochement des deux versions fait-il encore supposer à M. Didot, que le silence de la Commission sur les événements de la célèbre auberge du Boerendans était calculé ? Et pourquoi M. Willems met-il sur le compte d'une infection préexistante un sinistre dû exclusivement à l'opération ? L'arrière-pensée est par trop transparente. Ceux qui ont la bonhomie d'accuser des accidents, sont des maladroits ; ils veulent innover, tandis que M. Willems, lui, est parvenu, avec sa lancette miraculeuse, à les éviter, en tuant ses inoculés d'une pneumonie préexistante.

Si tous avaient mis, dans l'examen de la question de l'inoculation, la consciencieuse bonne foi qu'y a apportée la Commission, nous ne serions pas forcés de relever les sophismes, les paradoxes, les faits dénaturés et controuvés auxquels on a recours pour la galvaniser.

Deux expériences ont eu lieu à Hasselt : l'une dans les étables de M. Willems père, l'autre chez le fermier Dumoulin, établi près de cette ville.

Deux bêtes malades sont placées dans les étables de M. Willems ; elles meurent au bout de six jours et les bœufs de l'étable sont demeurés sains.

Deux autres bêtes inoculées placées dans l'infirmerie de Dumoulin ne contractent pas la pneumonie.

Voilà, s'écrie M. Didot, deux expériences bien définies, bien établies et entourées de toutes les garanties désirables. Je passe sous silence l'épigramme terminale.

Nous avons déjà vu un échantillon de la complaisance de M. Didot, en fait de méthode expérimentale, dans l'argument victorieux que lui fournissent les neuf bêtes de la Commission belge, inoculées sans succès. Il ne se montre pas plus exigeant dans le cas qui nous occupe.

Les deux bêtes malades de la première expérience ont été placées dans un coin de l'étable, et éloignées des animaux sains. Il n'y a donc pas eu contact immédiat. C'est ce qui a été constaté par un membre de la Commission. On peut contester la valeur de cet argument, je le sais, parce que dans une étable où la contagion pénètre, elle ne progresse pas toujours de proche en proche. Mais admettons que les conditions d'une expérience sérieuse ont été remplies, que prouve ce fait isolé? Encore une fois, avant de parler des propriétés d'une maladie, apprenez à les connaître, comparez les faits entre eux, et alors vous saurez que ce n'est là qu'un phénomène fort ordinaire dans l'histoire de la pleuro-pneumonie exsudative. Malgré vos efforts pour donner le change, les neuf bêtes de la Commission sont des témoins irrécusables de ce que j'avance. D'ailleurs, la contestation de la contagiosité de la maladie pendant près d'un demi-siècle, n'est-ce pas là un fait des plus significatifs?

Dans la seconde expérience, les deux bêtes saines inoculées ont été envoyées par ordre de M. Willems dans un pâturage fréquenté par d'autres bêtes saines, sous prétexte que l'intention de la Commission était de les placer dans un foyer infecté et non dans un hôpital renfermant de nombreux malades; que ces deux vaches ne pouvaient y respirer que des émanations malfaisantes, et ainsi contracter une maladie; que le seul but de la Commission était de les faire communiquer avec les animaux ayant été en contact avec les malades; que du reste, ce ne serait que répéter la même expérience qui se faisait chez son père.

M. Didot ne fait pas mention des distinctions aussi ingénieuses que subtiles établies par M. Willems; il a bien soin de les retrancher. Je doute qu'elles reçoivent bon accueil dans cette enceinte, et que l'Académie considère ces deux expériences comme *décisives, entourées de toutes les garanties*; la Commission du moins en a jugé autrement. En ce qui me concerne, je les envisage comme une parodie de la méthode expérimentale. L'o-

pinion émise par la Commission ne lui en a pas moins valu, de la part de M. Didot, une de ces pointes sarcastiques qu'il manie avec esprit, j'en conviens, mais qui ne sont plus de mise, dès qu'il s'agit d'une hypothèse pouvant compromettre la santé du bétail et la fortune du cultivateur.

- Nouveau grief de M. Didot contre la Commission, de ce qu'elle a relégué aux renseignements une conversation que M. Willems dit avoir eue avec M. Lefour, inspecteur de l'agriculture en France ; ainsi qu'une lettre qu'il assure avoir reçue de M. Decrombecque, et vançant les succès de l'inoculation.

Des documents de cette nature doivent, en effet, être précieux pour celui qui met dans la recherche de la vérité la foi simple et naïve qu'y a apportée M. Didot. Quand on affiche un scepticisme presque absolu à l'égard des succès, alors que les pièces de conviction existent encore, une conversation dont l'interlocuteur intéressé ne rapporte pas même les termes, une lettre qu'il assure avoir reçue, que personne n'a vue, qui n'a pas été publiée, de semblables documents acquièrent aux yeux de M. Didot une autre valeur que des pièces pathologiques ! La Commission, en reproduisant la correspondance du médecin de Hasselt, a posé un acte d'impartialité, en ne la discutant pas, elle a fait plus que de l'impartialité, car elle a abandonné au lecteur le soin d'en relever toutes les contradictions, toutes les absurdités.

- M. De Saive, l'adversaire le plus déclaré de M. Willems et de sa méthode, M. De Saive qui prétend que son procédé n'a rien de commun avec celui du médecin de Hasselt, n'en est pas moins mis à contribution.

M. Didot répète que des milliers d'inoculations ont été pratiquées en Allemagne par M. De Saive, et que partout où ce médecin a opéré, la maladie s'est arrêtée.

Le cercle de Cologne a été le centre des opérations de M. De Saive ; une enquête officielle a constaté le nombre des inoculations et leurs résultats. Ont été inoculées, dans des étables infectées, cent vingt-sept bêtes bovines, et soixante-dix-sept dans des étables saines. Les chiffres de ces deux catégories se décomposent ainsi :

Première catégorie : Neuf inoculées sans succès ; quinze avec perte de la queue ; cinq mortes par suite de l'opération ; douze inoculées avec succès, enlevées par la pneumonie.

Deuxième catégorie : Cinq inoculées sans succès, vingt-deux avec perte de la queue ; huit mortes par suite de l'opération.

Voilà, Messieurs, comment les inoculateurs et M. Didot écrivent l'histoire. Nous nous abstenons de toute réflexion, de crainte de sortir du cercle que nous nous sommes tracé.

Les récriminations n'ont cependant pas encore atteint leur terme; le réquisitoire de notre adversaire devait signaler à l'animadversion de messieurs les engraisseurs, que la Commission s'est tue volontairement sur quelques distilleries du Brabant. Il veut repousser la pensée qui le domine et la faire peser de tout son poids sur la Commission.

Nous n'ignorons pas que l'on a inoculé dans la province de Brabant chez MM. Claes, Vanvolsem, Vandendaele, Wittoux et Servaes. Les inoculations parvenues à notre connaissance sont consignées dans le tableau qui termine le rapport.

Qu'on consulte le total indiqué par MM. Douterluigne et Vancutsem, et l'on restera convaincu que la Commission, à défaut d'autres renseignements, a du moins fidèlement reproduit les chiffres.

J'admets que, sauf les deux faits de pneumonie recueillis sur des bêtes inoculées dans les étables de M. Vanvolsem, il ne s'y est pas présenté d'autres cas; est-ce à dire que l'inoculation en est cause? Examinons. Je m'abstiens de citer MM. Wittoux et Vandendaele, car j'ignore complètement ce qui s'est passé chez eux.

Au mois de juin 1852, les usines de MM. Claes et Vanvolsem chômaient. Ces deux grands industriels n'entretenaient d'autres bestiaux que ceux destinés à leur exploitation rurale. M. Vanvolsem possédait onze vaches se trouvant à sa ferme depuis trois ans, M. Claes avait trente-six bêtes de tout âge. Les travaux reprirent vers le mois de septembre ou d'octobre, et le bétail à l'engrais commença à peupler leurs étables. A cette époque, la pneumonie bovine était entrée dans sa période de déclin, ainsi que nous allons le démontrer.

La population bovine de la province de Brabant est de cent soixante-trois mille quinze individus.

En 1852, mille trois-cent quatre-vingt-onze inoculations ont été pratiquées dans la province; il y a eu mille vingt-un cas de pneumonie, qui se répartissent comme suit, sur les quatre trimestres de l'année :

Premier trimestre	254	malades	109	guérisons.
Deuxième »	254	»	97	»
Troisième »	315	»	109	»
Quatrième »	198	»	83	»

On voit que dans le quatrième trimestre les malades tombent de trois cent quinze à cent quatre-vingt-dix-huit et que les guérisons qui n'étaient que d'un tiers environ, ont atteint la moitié.

En 1853, il n'a pas été pratiqué cent inoculations dans le Brabant, en exceptant, toutefois, le bétail des quatre premiers distillateurs. Le dépouillement des trois premiers trimestres donne ce résultat :

Premier trimestre	208 malades	97 guérisons.
Deuxième »	175 »	88 »
Troisième »	97 »	46 »

Sur ce nombre dix bêtes ont été livrées à la boucherie et six restent en traitement.

Entrons dans quelques détails :

Dans la commune de Watermael, la pneumonie s'est bornée à une étable, elle y a attaqué neuf bêtes ; à Overyssohe le même fait s'est reproduit, à cette exception près, que huit bêtes ont été atteintes. On a inoculé dans la première étable et non dans la seconde ; la maladie a cessé dans l'une et dans l'autre.

Jodoigne habituellement si riche en animaux pneumoniques en a fourni trois.

MM. Vandenbossche et Janssens, fabricants de sucre de betterave, à Tirlemont, entretiennent trois cents bêtes à cornes ; deux sur ce nombre sont devenues pneumoniques. Le bétail de ces industriels n'a pas été inoculé. Le canton de Hal où sont situées les usines de MM. Vanvolsem et Claes a compté deux malades.

Dans le texte explicatif du rapport de la Commission d'agriculture nous lisons ce passage : « A aucune époque et depuis que la maladie est connue, le total des guérisons n'a dépassé celui des abatages, c'est la première fois que ce résultat se présente. »

L'inoculation n'a pas pénétré dans les distilleries agricoles ; elles ont été épargnées tout aussi bien que les animaux nourris dans les grands établissements. Je citerai, entre autres, les distilleries agricoles de Lembecq et de Dilbeek. Chez M. Servaes, distillateur à Veeweyde, trente-deux bêtes ont été inoculées au mois de juin ; il a renoncé à cette pratique, et jusqu'à ce jour il ne s'est manifesté aucun cas de pneumonie dans ses étables.

MM. Sauveur et Thiernesse ont constaté qu'il en est de même dans les distilleries de Huy.

Lorsque l'on compare, sans préoccupation, les chiffres et les faits

que nous venons de citer, ne sommes-nous pas en droit de demander quelle influence l'inoculation a eue sur la marche et le déclin de la pleuropneumonie ? La *coïncidence*, le *post hoc ergo propter hoc*, ne se réfutent pas par des plaisanteries, des statistiques hyperboliques et des faits arrangés ; une semblable logique médicale est trop mal assise sur la base mobile qu'on lui donne. Avant d'élever un fait à la hauteur d'un principe, il faut d'autres éléments de conviction. Ceux qui ont lu les écrits de M. Willems et celui de M. Didot seront peu édifiés sur leur prétendue démonstration et très-disposés, sans doute, à en mesurer le degré de vérité à la faiblesse inqualifiable de leurs preuves.

Les annales de la science fourmillent d'ailleurs de ces cas exceptionnels, démontrant que la coïncidence n'est pas une chimère dans l'histoire des épizooties et des épidémies, et cette exclamation enthousiaste de M. Didot : « Non, mille fois non ; l'expérience des siècles prouve que les épidémies et les épizooties s'arrêtent brusquement, » ne constitue qu'un paradoxe désavoué par tous les enseignements historiques.

Quelques faits de coïncidence vont éclaircir la question.

M. Willems père et d'autres distillateurs de Hasselt soumettent leur bétail à l'usage du foin salé et pratiquent des fumigations journalières de chlore dans leurs étables. La pneumonie n'y fait plus de victimes, et cette situation favorable se perpétue durant des mois.

Pendant plusieurs années, la pneumonie fit éprouver des pertes énormes à MM. Claes, de Lembeek. Divers moyens furent mis en œuvre pour en atténuer les effets ; pas un ne répondit à leur attente. Une personne leur conseilla, sur la foi de l'expérience, d'employer, comme moyen préservatif, le goudron en vapeurs. Ils firent établir dans leurs vastes étables, des appareils dégageant deux fois par jour des vapeurs de goudron. Vingt-sept mois s'écoulèrent, sans qu'un seul de leurs nombreux bestiaux à l'engrais présentât des symptômes pneumoniques. En 1851, le goudron perdit son efficacité ; cette année, la pneumonie vida les étables par deux fois.

Dans l'année 1840, la pneumonie sévissait, en Hollande, avec une violence inouïe ; la mort moissonnait les bestiaux par centaines. Quelques pâturages demeurèrent complètement préservés du mal. Un cultivateur recherchant la cause de ce phénomène, remarqua que les eaux de tous les pâturages préservés étaient

légèrement ferrugineuses. Il crut, en conséquence, avoir trouvé dans le fer un préservatif contre la pneumonie, et il ne tarda pas à le mettre à l'essai.

La maladie envahit, en décembre, l'étable d'une veuve à Amsteldyk ; elle enleva douze vaches. Vers la mi-janvier, on ajouta du minerai de fer à la boisson. Endéans les quatorze premiers jours, les douze vaches saines soumises aux boissons ferrugineuses ne présentèrent pas de symptômes maladiés ; deux, ensuite, contractèrent le mal ; mais, ajoute-t-on, la provision de minerai était épuisée, comme on dit aujourd'hui, l'inoculation n'a pas pris. On se hâta de la renouveler, et il n'y eut plus de nouveaux cas morbides.

Ce même cultivateur pria le bourgmestre de Delft d'instituer des expériences. Un vétérinaire essaya donc le fer dans quatre étables infectées ; la pneumonie n'y fit plus de victimes.

Une recrudescence de l'épizootie généralisa l'usage des ferrugineux, auxquels on ne tarda pas à renoncer, vu leur inefficacité.

Dans plusieurs localités de l'Allemagne, on avait observé que les bestiaux s'abreuvant à des sources ferrugineuses, étaient épargnés par le typhus charbonneux. Le fait paraissait certain ; le gouvernement prussien s'en émut, et prescrivit à l'école de Berlin des expériences directes.

On mandait de Bonn que le charbon ravageait les communes, sauf celle de Friesdorff, qui avait toujours été préservée de ce fléau, grâce à ses eaux alumino-ferrugineuses. En 1839, le typhus charbonneux envahit Friesdorff et signala son début en foudroyant vingt-trois bêtes.

Sous le règne de Charles II, une peste fit d'horribles ravages à Londres. Les médecins conseillèrent d'ouvrir les tombeaux de la ville. Les miasmes qui s'en échappèrent produisirent, dit-on, les plus heureux effets.

M. Seisson a vu la peste cesser à Kauka, au moment où les exhalaisons de son cimetière surchargé de cadavres étaient dans toute leur force.

Berthe raconte que, se trouvant à Séville, sur la fin de l'épidémie de fièvre jaune, il vit avec terreur que le cimetière encombré de ses victimes laissait échapper par les fissures du terrain des flots d'exhalaisons putrides. Les églises de Cadix, dont les caveaux regorgeaient de morts, étaient aussi remplies de leurs émanations. Une haute température semblait devoir ajouter à ces causes d'insalubrité. Berthe, alarmé d'abord, dans la prévi-

sion des désastres que pouvaient provoquer ces graves infractions à l'hygiène, fut bientôt obligé de reconnaître que la santé publique n'en avait nullement souffert.

Invocera-t-on dans ces citations le *post hoc ergo propter hoc*, ou dira-t-on que c'est une simple *coïncidence*? La maladie n'était-elle pas arrivée à son déclin, et ne voit-on pas toutes les épidémies, toutes les épizooties présenter une période de croissance et de décroissance? Les contagions fébriles qui marchent vers l'extinction, qui sont dans leur période de décroissance perdent de leur intensité virulente; c'est ce que les inoculations de la peste bovine ont prouvé à la dernière évidence.

Il n'est pas de contagion fébrile qui se maintienne par un virus permanent; la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre aphteuse, etc., naissent, meurent, pour s'éveiller de nouveau par des causes encore insaisissables. La pneumonie est soumise à la même loi.

M. Didot termine le chapitre : *Partout où l'on inocule, la maladie cesse ses ravages*, par l'énumération des bêtes non inoculées qui ont contracté la pneumonie à Hasselt, du mois d'août 1852, jusques et y compris le mois de mars 1853. Elles sont au nombre de trente-cinq.

Chez M. Nys, distillateur, sur trente-quatre bêtes non inoculées, dix-sept contractent la maladie en août et septembre. Je mets ce chiffre en rapport avec un passage de la lettre de M. Willems, du 29 juillet 1852.

« Les deux derniers cas de maladie de ce genre (pneumonie chez les bêtes non inoculées), dit M. Willems, ont eu lieu, il y a seulement trois semaines, chez MM. Nys et Vanvinkeroye, distillateurs. »

M. Didot, copiant le tableau dressé par M. Willems, n'a sans doute pas remarqué la contradiction. Il paraît encore assez singulier que le 6 janvier 1853, le médecin de Hasselt s'adressant à M. le Ministre de l'Intérieur, cite trois vaches non inoculées qui ont contracté la pneumonie, et qu'il ne fasse pas mention des dix-sept bêtes de M. Nys.

Ce tableau suffit, ajoute M. Didot, pour prouver l'inexactitude du fait avancé dans le rapport, que la Commission de Hasselt n'a pu trouver des traces de la maladie, au moment de sa visite, tant chez les bêtes inoculées que chez celles non inoculées.

Quel intérêt avait donc la Commission locale et les particuliers dont elle a visité les étables, à cacher la vérité? Ce fait contredit

après un an, des chiffres nouveaux posés, alors qu'il n'en a jamais été question antérieurement, semblent autrement entachés de suspicion, d'autant plus qu'ils paraissent inventés à point nommé pour servir la cause.

On objectera que M. Willems dans une brochure récente appuie ces dix-sept cas d'un certificat de M. Nys. Il s'attendait donc à ce que le nombre et la date, en contradiction avec ce qu'il avait écrit, au moment de l'événement, fussent contestés. Je ne comprends pas autrement le but d'un certificat pour un sujet que personne encore n'a révoqué en doute.

Je demanderai aussi comment il se fait que les frères Nys qui, dès le mois d'avril, ont éprouvé les bienfaits du préservatif, possédaient aux mois d'août et de septembre, dans un foyer que l'on signale comme des plus actifs, des bêtes non inoculées ? Cette circonstance me semble si extraordinaire que je ne saurais ajouter foi à ce chiffre. L'incrédulité est permise, car outre les lettres de M. Willems qui contredisent le fait, il y a une déclaration collective datée du 5 novembre 1852; au bas de laquelle la signature de MM. Nys frères figure la première. Les signataires attestent que, depuis plus de six mois que l'inoculation a été pratiquée dans leurs étables, ils sont délivrés de la pleuropneumonie. Il est évident qu'août et septembre sont compris dans les six mois. Fiez-vous, après cela, aux attestations de ces messieurs.

La ruse la mieux ourdie
Peut nuire à son inventeur ;
Et souvent la perfidie
Retourne à son auteur.

(LAFONTAINE.)

Je me crois autorisé, jusqu'à plus ample informé, à soustraire les dix-sept cas attribués aux étables de MM. Nys frères; il en reste dix-huit. Si je récapitule, pendant la même période, le nombre de pneumoniques inoculés qu'a fournis la ville de Hasselt, j'en trouve dix-neuf ou un en plus, non compris les cas contestés.

Si quelques faits semblent démontrer, en Belgique, que l'inoculation de la pleuropneumonie a mis dans certaines exploitations un terme à la maladie, il en est par contre, et ils ne sont pas peu nombreux, où l'influence de cette pratique a été complètement nulle sur la marche de l'affection. Ici le bétail est inoculé, la maladie s'arrête; là elle continue à faire des victimes ;

d'un autre côté, une partie seulement des bêtes d'une étable est inoculée, et la pneumonie ne fait plus de progrès ultérieurs.

A Hasselt, quelques distillateurs ne font pas inoculer leurs bestiaux, ils n'éprouvent pas plus de pertes que ceux qui les soumettent à cette opération.

Tels sont les enseignements que donne l'histoire de l'inoculation, dans notre pays, relativement à l'influence que cette pratique a exercée sur la pleuropneumonie exsudative.

On invoque encore les expériences faites en Hollande, en Allemagne, en France, en Angleterre et en Italie, mais en vérité, je ne sais à quel titre.

L'expérience directe entreprise à l'école d'Utrecht a été couronnée, j'en conviens, d'un plein succès, si l'on fait abstraction des désastres amenés par l'opération même? En a-t-il été ainsi chez les cultivateurs? La Commission d'agriculture de la province d'Utrecht a constaté vingt-neuf cas de pneumonie sur cinq cents bêtes inoculées. Que se passe-t-il en Frise, où, d'après les journaux, la maladie pulmonaire doit exercer de grands ravages? Nous n'en savons rien.

En Allemagne l'on a peu inoculé, et sauf ce que l'enquête a rendu public sur les inoculations de M. De Saive, nous ignorons complètement les résultats obtenus.

La Commission française garde le silence; les indiscretions de quelques membres isolés peuvent d'autant moins être prises en considération, qu'elles sont contradictoires.

La Commission du département du Nord, outre ses propres expériences, a centralisé les renseignements fournis par d'autres expérimentateurs.

La similitude des résultats avec ceux obtenus par la Commission belge est grande; elle doit donc disposer à la confiance.

Dans le département du Nord, mille deux-cent quarante-cinq bêtes ont été inoculées; sur mille cinq l'opération a été suivie d'effets locaux jugés efficaces préventivement; sur deux-cent quarante l'action a été douteuse ou insuffisante.

Cent quatre-vingt neuf ou environ quinze pour cent ont été mutilés par la mortification plus ou moins étendue de la queue.

Dix-sept animaux ou environ deux pour cent sont morts des progrès de la gangrène à la queue.

Trente-deux sujets inoculés ou un et demi pour cent ont contracté la pneumonie dans le délai de sept à quarante-cinq jours et plus.

Le rapporteur ajoute que sur plus d'une victime on a soupçonné que les germes de l'affection pulmonaire pouvaient avoir été antérieurs à l'inoculation. Cette réflexion atténuante, cette objection que M. Didot oppose à quelques faits rapportés par la Commission belge, a une valeur que nous nous garderons bien de méconnaître, mais le moment de la discuter n'est pas venu.

Je reproduis la première conclusion de les Commission lilloise : « Comme en Belgique et en Hollande, les inoculations exécutées sur divers points du département du Nord et du Pas-de-Calais démontrent que l'insertion à la queue des bêtes bovines et l'absorption de la sérosité provenant de poumons atteints de lésions pleuropneumoniques, n'ont pas conjuré, sur une certaine proportion d'animaux, l'invasion, les désordres et les conséquences de l'épizootie régnante du gros bétail. »

Cette conclusion ne diffère pas, quant au fond, de celle prise par la Commission belge ; l'une et l'autre découlent rigoureusement des prémisses.

Et cependant, M. Willems, après avoir taxé l'œuvre de la Commission belge, de rapport passionné, accepte comme favorables à son système les résultats obtenus par la Commission lilloise. M. Didot, plus conséquent, les repousse, comme il a repoussé les nôtres, parce qu'elles ne portent pas ce cachet de rigoureuse observation qu'il retrouve, sans doute, dans les écrits de son client.

Le rapport de MM. Lessona et Vallada laisse la question en suspens ; les inoculations pratiquées en Italie ne les portent à conclure ni pour, ni contre. A moins que l'on ne veuille invoquer l'expérience de la Lomelline, dans laquelle on a reconnu à l'inoculation non-seulement des vertus préservatives, mais encore un pouvoir curatif, nutritif et sécréteur, car cette pratique, dans l'expérience unique que nous citons, a eu pour effet de préserver les bêtes saines, de guérir les malades et d'augmenter considérablement le rendement en viande, en graisse et en lait. Aussi ne ménage-t-on pas l'hyperbole, et ne se fait-on pas faute d'écraser M. Willems sous le titre de nouveau et déjà immortel Jenner. Ni plus, ni moins.

Quant à l'Angleterre, qu'il me suffise de reproduire la dernière conclusion fort catégorique du rapport récent de M. le professeur Simonds : « Les dangers de la pleuropneumonie ne sont nullement conjurés par l'inoculation préventive ; la maladie poursuit sa marche avec la même rapidité ; elle est aussi fatale

dans ses conséquences chez les bêtes inoculées, que chez celles qui ne le sont pas. »

Tout en déversant à pleines mains le blâme, l'ironie, le sarcasme sur la Commission, M. Didot ne peut s'empêcher de reconnaître la faiblesse de quelques faits favorables qu'elle rapporte. Il y trouve les preuves d'une rigoureuse impartialité ; lui-même justifie ainsi cette réserve si amèrement censurée, *qu'une critique peu sévère s'en accommoderait difficilement*.

Cette lueur d'équité ne tarde cependant pas à s'évanouir, car dans la revue à laquelle il soumet les insuccès de l'inoculation, la Commission est rudement menée. Je ne répondrai pas à toutes les appréciations critiques de M. Didot, je me bornerai à un ou deux faits, et je dirai avec le poète : *Ab uno disce omnes*.

Je commence par le fait de l'abbaye de la Trappe, qui m'est personnel.

MM. Willems et Didot ont décerné, à ce sujet, à M. Sauveur et à moi, un brevet d'imposture ou l'équivalent. Je me vois donc forcé d'entrer dans des détails que j'aurais désiré passer sous silence.

Résumons d'abord l'exposé de M. Didot.

Une vache *blanche tachetée de noir*, qu'un rapport du 25 juin avait désignée comme *pie-rouge*, est inoculée le 27 mai 1852. Le 20 juillet suivant, elle présente les symptômes de la pleuropneumonie.

MM. Dele, Sauveur et Verheyen diagnostiquent l'hépatisation d'une portion du lobe pulmonaire gauche, et ils concluent de l'ensemble symptomatique à la pleuropneumonie passant de la période d'évolution à la période fébrile. MM. Dele, Sauveur et Verheyen se sont trompés.

M. Willems reconnaît une lésion pulmonaire pouvant dépendre d'une tuberculisation ou d'une pneumonie ordinaire. M. Willems s'est rapproché de la vérité.

Le médecin de Hasselt ne voyant pas de cicatrice à la queue, soutint que l'inoculation ne pouvait avoir produit l'inflammation préservative spécifique. Il se fonda sur le témoignage d'un maréchal-vétérinaire et sur la déclaration du frère Bonaventure.

Abattue le 11 octobre, en présence de M. le docteur Baguet et de M. Dele, le poumon est expédié le 12. Il contient un fragment pulmonaire enkysté dans lequel les lésions anatomiques de la maladie ne sont pas équivoques.

M. Didot conclut que la pleuropneumonie a été antérieure

au 20 juillet, qu'une affection pleurétique ou pleuro-pulmonaire s'est réveillée ; que la nature des parois du kyste dont les éléments histologiques ne sauraient s'improviser, le prouve.

Remarquons d'abord cette insinuation charitable de M. Didot, la transformation d'une vache pie-rouge en une vache blanche tachetée de noir. Il fallait bien, pour qu'il en restât quelque chose, que l'on imaginât, pour la faire ressortir, une contradiction aussi flagrante, et faire juger par là, de la valeur de nos assertions.

Dégageons le fait des hypothèses, des suppositions gratuites dans lesquelles il est assez adroitement noyé, et rapportons-le, tel qu'il s'est passé.

De temps immémorial, les religieux de l'abbaye de la Trappe ont élevé leur bétail, et, à l'exception d'un taureau de la race de Durham, introduit en 1851, jamais aucune bête étrangère n'était entrée dans les étables. A peine y connaissait-on la pleuro-pneumonie de nom.

Vers la mi-avril, le supérieur rencontre sur la grande route un marchand de bestiaux conduisant un troupeau recruté aux environs de Breda. Tout en causant, le supérieur achète une vache pie-rouge, remarquable par ses qualités lactifères. La bête fut placée dans la grande étable. On ne tarda pas à découvrir qu'elle mangeait avec nonchalance et ne consommait pas la totalité de sa ration ; elle faisait entendre de temps à autre, surtout le matin, la petite toux avortée, l'un des caractères les moins équivoques de la pneumonie à la période d'évolution.

Le 20 mai, la période fébrile se déclare, et presque en même temps, les deux vaches voisines présentent les symptômes du mal qui se communique encore à deux autres vaches et à deux veaux.

Le 27 mai, M. Dele et notre collègue M. Delwart inoculèrent le troupeau composé de :

- 1 taureau ;
- 20 vaches laitières saines ;
- 1 » malade ;
- 1 » convalescente, celle qui a été la source du mal ;
- 3 veaux d'un an ;
- 3 » de sept mois ;
- 2 » de trois mois.

Le virus fut pris sur une vache morte depuis trente-six heures.

M. Delwart ne s'est pas fait illusion sur ce liquide virulent, et j'en trouve la preuve dans ce passage de son rapport : « Ces bêtes ont été inoculées avec le liquide septique recueilli dans le poumon d'une vache qui venait de succomber à la maladie. » Septique, en effet, car les résultats de l'inoculation furent plus désastreux que n'aurait été la maladie elle-même, après les minutieuses précautions d'isolement prescrites par MM. Dele et Delwart.

La bête malade succomba le dixième jour portant une tuméfaction considérable à la queue.

Une autre bête fut sacrifiée pour cause de désordres incurables provoqués par l'inoculation.

Deux perdirent la queue jusqu'à la base ; douze la perdirent en partie ; les autres présentèrent des tuméfactions dont le moindre diamètre était celui d'un bras d'homme.

Rien de plus facile, sans que l'illusion s'en mêlât, de reconnaître au premier coup d'œil la prise ou la stérilité de la matière insérée.

Sous ce dernier rapport, deux bêtes ont fait exception : une vache pie-rouge chez laquelle il y a eu absence complète de phénomènes locaux, ainsi que la vache qui a introduit la maladie dans l'étable. Cette dernière, reinoculée par deux fois au fanon, offrit, à la seconde opération, une tuméfaction du volume des deux poings.

Le 24 juin, j'accompagnai MM. Dele et Delwart à l'abbaye de la Trappe ; le 25 j'adressai mon rapport à M. le Ministre de l'Intérieur, et c'est de ce rapport que les renseignements susmentionnés sont extraits. Ils ne sont donc pas inventés après coup.

Le 20 juillet, MM. Sauveur, Dele, Willems et moi, nous nous rendîmes à Westmalle, afin d'y visiter une vache blanche tachetée de noir que M. Dele signalait comme atteinte de la pleuropneumonie. L'exploration nous confirma le diagnostic déjà porté par M. Dele. M. Willems soutint que la bête *pouvait* être atteinte d'une tuberculose ou d'une pneumonie ordinaire, mais qu'elle ne présentait pas les atteintes de la forme exsudative.

Nous proposâmes à M. Willems de sacrifier immédiatement l'animal, en y mettant toutefois pour condition, qu'il serait préalablement évalué, et que celui qui aurait porté un faux diagnostic en rembourserait le prix, suivant estimation.

M. Willems n'accepta pas notre proposition ; mais oubliant bientôt sa tuberculose et sa pneumonie, il se rejeta sur la queue, et sous prétexte qu'il n'y découvrait pas de cicatrices, il soutint que l'inoculation ne pouvait avoir été légitime. Toujours la même échappatoire. Il fit la même remarque sur un veau d'un an que j'avais vu avec une queue de la grosseur d'un bras.

Pendant que nous prenions notre repas dans le réfectoire du couvent, nous interrogeâmes le frère Bonaventure qui avait soigné le bétail malade ; il nous déclara que la vache sur laquelle l'inoculation n'avait pas eu de prise, était bien une bête pie-rouge, celle que nous avions désignée à M. Willems ; que la bête malade ou la vache blanche tachetée de noir, avait offert à la queue une tuméfaction, mais qu'elle avait été moins forte que chez les autres bêtes.

Au diner, M. Willems nous quitta et revint, au bout d'une demi-heure, accompagné du maréchal-vétérinaire.

Cet homme déclara qu'il reconnaissait la vache, et que l'inoculation n'avait été suivie d'aucun phénomène local. Interpellé à l'effet de dire ce qui s'était passé chez chaque bête du troupeau, il nous répondit qu'il ne le pouvait, mais qu'il était certain de ce qu'il avançait relativement à la vache faisant l'objet de la contestation, parce qu'il s'était attaché à suivre avec plus d'attention sur cette bête, la marche de l'inoculation. Pour mettre un terme à cette discussion, le maréchal-vétérinaire fut sommé d'affirmer sa déclaration sous la foi du serment ; il répondit par un refus net.

Ce refus est significatif ; il explique le motif pour lequel M. Willems nous avait quittés, ainsi que la leçon qu'il avait faite au maréchal-vétérinaire. Il semble encore étrange qu'un homme, appelé à donner ses soins à du bétail malade, s'attache spécialement à observer ce qui se passe chez une bête saine.

Nous nous sommes appuyés, chacun de son côté, sur le témoignage du frère Bonaventure ; nous ne pouvons admettre que les religieux de la Trappe, dans leur admirable abnégation des choses de ce bas monde, soient capables de porter atteinte à la vérité, en donnant raison aux deux parties. Je tiens l'original d'une lettre datée du 8 juillet 1852, écrite au moment même de l'événement par le frère Bonaventure, et dans laquelle se trouve le passage suivant : « Le véritable et le grand mal consiste en ce que la vache pie-noire, dont la queue n'a que peu suppuré, est tombée malade, Hier matin elle était triste ; le soir elle prenait

ses aliments avec nonchalance; et ce matin, elle les a refusés. La lactation a également diminué, et elle paraît respirer avec plus de difficulté, en un mot, il me semble qu'elle est atteinte de la pneumonie (1). »

Le fait capital, c'est que la pneumonie exsudative n'a jamais régné dans les étables des religieux de la Trappe, qu'elle y a été introduite par la bête étrangère, sur laquelle les signes bien évidents de l'affection se sont déclarés le 20 mai. Ce fait ne saurait être démenti. Que deviennent dès lors la tuberculose, la pneumonie sporadique de M. Willems, la pneumonie exsudative d'ancienne date de M. Didot, et ses éléments histologiques improvisés? Les conditions morbides, les dates, l'autopsie réduisent ces subterfuges à leur juste valeur.

Je n'abandonnerai pas l'abbaye de la Trappe, sans faire ressortir l'accusation relative au procédé opératoire, auquel on attribue les accidents. M. Willems dit et M. Didot répète, toujours d'après le témoignage des pères trappistes, qui n'en peuvent, que les inoculations ont été pratiquées par de larges incisions.

MM. Dele et Delwart ont protesté contre cette assertion, qui ne m'a jamais paru mériter l'honneur d'une protestation.

Comprenez-vous, Messieurs, qu'une large incision, dont les bords ne sont pas affrontés, faite à la queue d'un animal, le 27 mai, ait disparu le 24 juin, ou même le 20 juillet, sans laisser la moindre trace de cicatrice? Que M. Willems fasse de semblables tours de force, je ne m'en étonne pas, mais pour qu'un chirurgien distingué comme M. Didot ramasse ces arguments de tréteaux, il faut être atteint de cette aberration mentale que les phrénopathes n'ont pas encore classée, et que l'on pourrait nommer la berlue systématique.

Nous arrivons au second et dernier fait que nous voulons examiner; il mérite la plus sérieuse attention, car la bonne foi du véridique inventeur de la pneumonisation y brille de tout son éclat.

Deux bœufs inoculés contractent la pneumonie dans les éta-

(1) « Het ware groote kwaad bestaat hier in, dat de witte bonte koe, welker staart maar een weinig gezworen heeft, ziek is geworden. Gisteren morgen zag zy er treurig uit, des avonds was zy niet zoo graag in het eten; in de melk is zy ook verminderd, en zy schynt moyelyker adem te halen; in een woord, het komt my voor, dat zy door de longziekte is aangerand. »

J'ai mis le texte original près de la traduction, car M. Didot semble douter quelque part de la fidélité de la traduction d'un rapport de la Commission hollandaise.

bles de M. Willems ; la légitimité de l'inoculation est contestée ; la Commission les range dans la catégorie des faits contestés, laissant au lecteur le soin d'apprécier les objections faites par MM. Willems père et fils et par M. le docteur Willems.

Ces objections ne comprennent pas moins de quatre versions différentes, tendant à expliquer comment deux bœufs ont pu contracter la pneumonie dans la maison même de l'inventeur de l'inoculation.

Première version. MM. Willems père et fils déclarent, et leur déclaration est actée par procès-verbal, que les deux bœufs ont été inoculés avec du virus provenant de la queue d'un autre bœuf, par l'un des deux vétérinaires anglais qui, en septembre, se sont rendus à Hasselt, et que cette opération n'a eu aucune suite.

Deux larges cicatrices donnent un démenti formel à la dernière partie de la déclaration.

Deuxième version. Le 1^{er} décembre, M. le docteur Willems écrit à M. le Ministre de l'Intérieur : « Aujourd'hui 1^{er} décembre, on est venu m'annoncer qu'une bête, inoculée avec le *virus* pris à la queue d'un autre bœuf, et avec un *succès douteux*, paraît avoir la pneumonie. Ce bœuf se trouve dans les étables de mon père, et c'est le premier qui, depuis deux ans, y soit devenu malade, soit que l'inoculation ait eu un effet local ou non. Demain il sera abattu pour que je puisse m'assurer de son état de maladie. »

Un bœuf abattu le 2 décembre, comme incurable, et qui le premier *paraît* être atteint de pneumonie, c'est par trop ingénu pour un homme dont le génie pénétrant sait établir, au premier coup d'œil, le diagnostic différentiel entre la tuberculose, l'inflammation sporadique des poumons et la pleuropneumonie exsudative.

Troisième version. Le 14 décembre, M. le docteur Willems dit : « Deux bêtes bovines inoculées (par expérience) avec le *pus* (pas la lymphe) recueilli dans une incision faite à la queue d'un bœuf inoculé préalablement, en présence des honorables professeurs Simonds et Morton, qui ont pris leur signalement, placées parmi les autres bêtes de l'étable, ont contracté la pleuropneumonie. Deux jours après l'insertion de la matière virulente, les petites plaies étaient en suppuration. »

Le virus de la deuxième version se change en pus dans la troisième, et les petites plaies en suppuration ont, sans doute, donné

naissance aux larges cicatrices que l'on voit sur les queues. Cette fois les inoculations ont été faites en présence des professeurs anglais et non par eux, comme l'avance M. Willems père.

Quatrième version. Le 23 décembre, M. Willems père prie la Commission locale de mentionner dans son procès-verbal, que les cas de récurrence constatés sur deux bœufs de ses étables, lui fournissent une nouvelle preuve en faveur du système d'inoculation adopté par son fils.

Ces deux bœufs ont été opérés par des professeurs de l'École royale vétérinaire de Londres, avec une matière semblable à du pus recueilli sur la queue d'un autre bœuf inoculé, et qu'il considère comme impropre ; les phénomènes de l'inoculation avaient suivi de près l'opération, et ont parcouru leurs périodes en huit jours de temps.

M. Willems père paraît tenir à ce que l'opération ait été pratiquée par les professeurs anglais, puisqu'elle prouve en faveur du système adopté par son fils. *Bene trovato*, dirait l'italien. L'interprétation serait habile, en effet, si elle n'arrivait un peu tard.

M. Didot ne voit dans ce cahos qu'un *malentendu*, et après avoir dit que ce n'est point là l'*inoculation proprement dite*, il abandonne ce sujet.

Non, ce n'est pas un malentendu, c'est un acte de déloyauté, ces quatre versions ne constituent qu'un tissu de contre-vérités qui percent à travers les efforts faits pour donner le change. Si l'esprit de système aveugle M. Didot au point de ne pas s'en apercevoir, je vais l'éclairer. La preuve que l'histoire de l'inoculation de ces deux bœufs n'est qu'une fable mal adroitement inventée, après coup, je la trouve dans le deuxième rapport adressé par M. Simonds à la Société royale d'Agriculture de Londres.

Indigné de l'abus que l'on a fait de son nom, du rôle dont on l'a chargé, cet honorable professeur, inspecteur vétérinaire de la Société royale, s'est expliqué en ces termes :

« Je ferai d'abord observer, en ce qui regarde cette accusation, que la rumeur m'en était parvenue depuis quelques semaines ; je m'abstins cependant d'y répondre, ne pouvant m'imaginer qu'un individu fût assez téméraire pour publier une version aussi incorrecte d'un fait matériel. Je dirai une fois pour toutes, et en peu de mots, que nous n'avons ni *suggéré* l'expérience, ni *choisi* le virus, ni *exécuté* l'opération. Il est parfaitement exact,

que deux bêtes bovines ont été inoculées le 1^{er} septembre avec la *sérosité visqueuse* recueillie de profondes incisions faites à la queue d'une vache, afin de combattre l'inflammation déterminée par l'inoculation préventive ; nous étions présents et nous primes note du fait. Ces inoculations étaient les premières dont nous fûmes témoins, et elles ont été exécutées par le docteur Willems, pour nous démontrer son procédé opératoire. Cet exposé est déjà la négation de ce qu'ont avancé MM. Willems père et fils, que *l'un des deux professeurs anglais avait inoculé les animaux*.

« Le fils, dont il est ici question, n'est pas le docteur Willems, c'est son frère ; j'en fais la remarque, parce que le docteur donne une version différente de cette affaire. Comment arrive-t-il qu'une aussi grande divergence se produise dans les déclarations de MM. Willems et du docteur Willems, alors que chacun aurait dû se borner à dire la simple vérité ?

« Il existe d'ailleurs dans le récit plusieurs autres contradictions que l'on ne saurait concilier. Le docteur affirme que deux jours après l'inoculation, les *plaies des deux animaux étaient en suppuration*, tandis que M. Willems père avance que l'opération resta sans effets sur la première bête qui succomba ; les délégués de la Commission disent, au contraire, que la *queue présentait deux larges cicatrices*. Celle-ci conservée avec une partie du poumon prouve que l'animal a été inoculé, et qu'il est mort de la pneumonie. Deux larges cicatrices et une inoculation sans résultat, comment expliquer ce fait ?

« Poursuivons. Le docteur Willems veut tirer prétexte de la prompte suppuration des plaies, que les animaux n'avaient pas acquis l'immunité, parce que *le pus, matière virulente* employée, a déterminé un *effet ordinaire et non spécifique* ; en d'autres termes, que l'inoculation a été stérile.

« Puisque le docteur Willems savait, en septembre, que ces bêtes ne jouissaient pas de l'immunité, comment se fait-il qu'il les laissait vivre dans un foyer morbigène, exposées, pendant trois mois, à un danger permanent ?

« Revenons à l'assertion que les animaux ont été inoculés, par expérience, avec du *pus et pas la lymphe*, assertion qui pour le dire en passant, est aussi exacte que celle qui met la pratique de l'opération à notre charge.

« Le docteur Willems avance que nous annotâmes le cas ;

c'est ce que nous avons fait avec exactitude, et heureusement nous avons retrouvé la note dans notre memorandum. Elle porte ce qui suit :

« 1^{er} septembre 1852. Je vis deux vaches avec de profondes incisions à la queue, pratiquées bien au-dessus de la place où l'on a inoculé ; il s'en écoule un liquide *séro-albumineux*. Le docteur Willems appelle cette matière un *bon virus* ; il en recueille sur deux plateaux qu'il me remet. Il s'en sert aussi pour inoculer deux bêtes bovines, afin de démontrer son procédé opératoire.

« Au moment de l'insertion c'était un *bon virus*, tellement *bon*, qu'il nous fut présenté pour l'inoculer en Angleterre. Dès que ses propres bêtes contractent la pneumonie, la matière virulente n'est plus de la *lymphe*, elle se transforme en *pus*.

« Parmi plusieurs notes inscrites dans mon memorandum, j'en reproduirai encore une, car il est possible qu'elle se rapporte à l'une des deux bêtes inoculées en septembre.

« 9 septembre. Je vis chez M. Willems père, deux bêtes bovines ayant la queue ou plutôt un tronçon de queue gangrénée, car on en a amputé une portion considérable. Elles avaient été inoculées avec le liquide séreux exprimé d'un poumon malade. Le fluide, dit-il, n'était pas de bonne qualité, et cependant il avait été inséré à plus de vingt bêtes. Sans aucun doute, un de ces animaux est voué à la mort ; la base de la queue, les lèvres de la vulve et les parties adjacentes sont gangrénées. Le docteur Willems enleva une portion de la peau frappée de gangrène ; il dit avec emphase que le virus contenu dans ce lambeau du derme était *très-bon*. Lui objectant qu'il était infiltré d'éléments gangréneux, *non, non*, fut sa réponse. Je considérai cette peau comme un trésor, je remerciai et l'emballai soigneusement en présence de M. Willems. »

Cet exposé ne demande pas de commentaires ; lorsque, pour étayer un système, l'on doit avoir recours à de semblables moyens, ce système est jugé, et l'on se trouve complètement édifié sur la méthode de l'auteur qui sait éviter tous les accidents consécutifs.

A l'appui de l'exposé de M. Simonds, je présente à l'Académie le bout de la queue et une portion du poumon de l'un de ces deux bœufs ; elle verra aux deux larges cicatrices, avec quelle impudence on a voulu se jouer de la Commission et du public.

Maintenant, Messieurs, que vous avez connaissance des prin-

cipales pièces justificatives, vous serez à même d'apprécier l'acte d'accusation lancé par M. Didot contre la Commission, et qui se trouve résumé dans cette formule : « *Agir ainsi n'est-ce pas légitimer d'avance le reproche de partialité, de parti pris, ou d'hostilité manifeste à l'égard d'une découverte nationale que les pays étrangers s'empressent d'accueillir, et dont la Belgique seule semble vouloir amoindrir le mérite dans un but insaisissable ?* »

Il vous sera facile de juger de quel côté se trouve le *parti pris* et le *but insaisissable*, de quel côté réside la conviction éclairée.

L'examen des faits terminé, M. Didot aborde la question scientifique. Il se demande : Qu'est-ce que la pleuropneumonie exsudative ? Avant de répondre à la question qu'il se pose, la Commission encourt une grande responsabilité de ne l'avoir pas même effleurée.

Le bilan de la science relativement à cette question nous est connu ; nous n'avons pas voulu remplir les lacunes qu'il présente par des hypothèses ; ce n'était pas d'ailleurs notre mission.

La Commission abandonne à ceux qui ont un penchant à refaire la science, le soin de fixer d'avance dans leur cabinet, les limites que doivent respecter les actes de la nature. Nous avons recueillis des faits ; ils ne nous ont paru ni assez nombreux, ni suffisants pour les relier par une loi. Certains hommes, à imagination féconde, trouvent facilement des faits-principes, mais aussi, malheur à la nature, si elle passe outre ; ils lui gardent rancune, comme Silva qui prétendait habituer la petite vérole à la saignée. Il est fort heureux pour les sciences en général, et la médecine en particulier, que quelques esprits moroses ne laissent pas prendre à ces hommes l'habitude de plier les faits à leurs théories, qui s'opposent, en un mot, à ce que les sciences se transforment en romans. Rappelons-nous ces mots profonds que Molière met dans la bouche de la soubrette du *Médecin malgré lui* : *Nous avons changé tout cela.*

Les lacunes que M. Didot croit avoir comblées dans l'histoire de la pleuropneumonie exsudative, se rapportent à la spécificité, à l'étiologie, à la symptomatologie, à l'anatomie pathologique et au diagnostic différentiel de l'affection. Voyons jusqu'à quel point *il a changé tout cela.*

Les maladies contagieuses sont des affections spécifiques ; ce

principe est établi, et il ne faut pas de grands efforts de l'imagination pour le trouver.

La pleuropneumonie exsudative est virulente ; on ne le conteste plus, mais lui dénier la propriété de se former de toutes pièces, lui enlever la spontanéité et attribuer sa raison d'être à une contagion permanente, c'est une de ces questions résolue par des milliers de faits. Il serait oiseux de la débattre encore, car elle n'a plus cours dans la science.

M. Didot divise la symptomatologie en trois périodes ; il n'accepte pas les deux périodes, auxquelles, dit-il, M. Willems l'a réduite. L'honneur de cette réduction, conforme à la succession des phénomènes morbides, n'appartient pas au médecin de Hasselt ; c'est Wagenfeld qui, en 1852, l'a introduite dans la nosographie.

M. Didot admet donc trois périodes : une première ou l'incubation, une deuxième et une troisième.

Le stade d'incubation fait partie de toutes les maladies qui se transmettent par un élément virulent. Dans la pneumonie pas plus que dans d'autres affections contagieuses, il ne donne lieu à des phénomènes morbides ; sa durée, d'ailleurs, est parfaitement inconnue, et personne ne saurait lui en assigner une variant de quelques jours à quelques mois ; la maladie se formant encore de toutes pièces, je ne vois pas que l'étude de la symptomatologie a fait un pas, en y accolant le stade d'incubation comme première période. Ce stade présente, au contraire, un inconvénient majeur, c'est d'amener une confusion dont l'œuvre de M. Didot est empreinte d'un bout à l'autre.

Restent donc les deux périodes classiques, celle d'évolution et la période fébrile, correspondant aux deuxième et troisième périodes de M. Didot. Pour les former, il sépare en deux la période fébrile, et il énumère dans la première partie ces symptômes vagues qui sont propres au début de la plupart des affections avec réaction fébrile.

La pleuropneumonie exsudative se développe lentement, sous une forme essentiellement chronique. L'exsudation s'épanche dans le tissu cellulaire interlobulaire, il s'organise, alors que les fonctions conservent toute leur intégrité. Ni l'auscultation, ni la percussion ne sauraient dévoiler le moment où commence ce travail morbide. Quand il a fait quelques progrès, on entend une petite toux avortée, qui peut passer inaperçue. Elle se manifeste surtout le matin, lorsqu'on abreuve les bestiaux, qu'on les force

à se relever ou qu'on les sort pour le pâturage. Le poil seutré le long de la colonne vertébrale, la sensibilité de cette partie constituent des signes sans valeur. En un mot, sans la toux aucun caractère certain ne décèle l'acte pathologique qui s'opère ordinairement dans l'un des deux lobes pulmonaires.

Si l'animal est abattu pendant cette période, l'on rencontre l'hépatisation marbrée qui a envahi une étendue plus ou moins grande d'un lobe, ainsi que l'on peut s'en assurer dans les boucheries.

La durée de cette période est indéterminée ; en exposant des animaux à la contamination, on l'a vue se prolonger du dixième au soixantième jour, et même au delà, y compris l'incubation. Le terme, en effet, doit être variable, car plusieurs circonstances influent sur l'apparition plus ou moins rapide de la fièvre de réaction ; tels sont l'intensité du génie épidémique, l'encombrement, l'étendue de l'hépatisation, incompatible avec une respiration normale, les chocs venus du dehors, parmi lesquels il faut surtout ranger les marches forcées et l'inflammation gangréneuse de la queue, provoquée par l'inoculation.

Le stade évolutionnaire est donc essentiellement distinct de l'incubation avec laquelle M. Didot le confond si bien, que l'on recommande de puiser la matière à inoculer sur des poumons arrivés à cette période de la maladie. Je ne sache pas qu'une affection contagieuse en incubation fournisse un élément virulent.

Une pneumonie à la première période ne doit pas nécessairement, fatalement arriver à la seconde avec tout son cortège de symptômes aigus ; le kyste isolateur peut se former et mettre un terme aux progrès ultérieurs du mal. C'est, sans doute, une semblable circonstance qui a donné naissance aux hésitations de quelques vétérinaires dans le diagnostic, hésitations si vivement critiquées par M. Didot, et dont il n'aurait pas été plus exempt qu'eux.

La symptomatologie de la troisième période se rapproche davantage des signes pathognomoniques, quoiqu'elle laisse beaucoup à désirer.

M. Didot voudrait-il bien nous dire où et dans quelle circonstance il a vu le sang du bœuf se couvrir d'une couenne épaisse ? S'il tient ce fait de messieurs les bouviers de Hasselt, dans les lumières desquels il paraît avoir une grande confiance, qu'il me permette de lui affirmer, que jamais et dans aucune maladie, le

sang de la bête bovine ne se couvre d'une couenne : en se coagulant, il présente un caillot rouge uniforme, quand il n'est pas diffluent, comme dans les affections charbonneuses. S'il parle par analogie de ce qui se passe chez l'homme, je l'engage à être plus circonspect à l'avenir, et à ne plus faire de la médecine humaine sous la peau du bœuf.

Dans les lésions cadavériques, personne ne contestera à M. Didot les marbrures caractéristiques, mais ce que lui contesteront tous ceux qui ont quelque idée de l'anatomie pathologique de la pneumonie exsudative, ce sont les kystes dont il entoure, de bonne heure, ces marbrures. Ce caractère fait douter que M. Didot ait jamais vu des poumons malades ; ils font aussi croire qu'il ne s'est pas rendu compte de la structure de ces organes qui, chez le bœuf, ne ressemblent pas aux poumons de l'homme.

Je puis encore lui dire, quoique je n'aie jamais observé la pneumonie sporadique dans l'espèce bovine, que les auteurs sont unanimes à reconnaître la rareté des foyers purulents dans les poumons. La pneumonie sporadique constitue une affection peu commune en Belgique ; il est un assez grand nombre de praticiens qui ne l'ont jamais rencontrée. Son invasion brusque, soudaine, sa marche rapide comparée à l'évolution lente, chronique de la pleuropneumonie exsudative, explique l'absence d'un plasma organisé dans le tissu cellulaire interlobulaire, et par conséquent des marbrures. Celles-ci sont pathognomoniques, mais on n'oserait leur assigner un caractère de spécificité, ainsi que nous le verrons bientôt.

M. le docteur Willems signale dans le tube intestinal une espèce de tubercule méconnue jusque-là, et qui offre une multitude de petits corpuscules élémentaires, jouissant d'un mouvement moléculaire ; on les rencontre aussi dans les poumons. Ne nous occupons pas pour le moment des corpuscules.

Ces tubercules varient du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Il n'est donc pas besoin de microscope pour les reconnaître. Comment se fait-il que personne ne les ait vus avant M. Willems, que personne, après lui, ne les ait retrouvés, du moins comme lésion essentielle de la pleuropneumonie exsudative ? La bête bovine est sujette à la tuberculisation des séreuses, et je suis très-disposé à admettre que M. Willems a trouvé une complication de la cachexie tuberculeuse avec la pneumonie exsudative, et qu'il l'a généralisée comme caractère propre à cette dernière affection. Les poches qu'il a trouvées sur les plèvres et

qu'il attribue à un effet constitutionnel de l'inoculation n'ont pas d'autre signification.

Par contre, les ulcérations assez fréquentes de la muqueuse de la caillette, ordinaires dans certaines épizooties, ne sont mentionnées ni par M. Willems, ni par M. Didot.

Nous avons avoué et nous avouons encore notre ignorance relativement au diagnostic différentiel de la pneumonie sporadique et de la pneumonie exsudative, du moins pendant la vie des animaux. Nous sommes donc très-reconnaissants de ce que M. Didot veuille bien nous aider de ses lumières et de l'expérience de MM. les bouviers de Hasselt. Nous ne saurions cependant nous empêcher de manifester la crainte qu'il ne se soit laissé mystifier par MM. les bouviers.

En comparant le tableau tracé par M. Didot de l'une et de l'autre maladie, les signes diagnostiques différentiels se réduisent à ceci : adynamie, dépression constante, tête penchée vers la terre dans la pneumonie exsudative, tête et narines dirigées en haut dans la pneumonie ordinaire.

Le premier signe n'est ni exact, ni toujours facile à saisir, le second est positif, il tombe sous les sens.

Que répondrait M. Didot, si on lui disait que l'homme atteint de pneumonie se met le pouce sur la gorge pour mieux respirer, et que c'est là le signe pathognomonique de la maladie ? Eh bien ! son diagnostic différentiel est de cette force ; il calomnie l'instinct des animaux.

La bête bovine aussi bien que l'homme cherche dans la respiration laborieuse, la position la plus convenable, afin de faire pénétrer un plus grand volume d'air dans ses poumons ; elle baisse l'encolure et la tête, tend ces parties, et établit ainsi le parallélisme des voies aériennes. Si elle penche la tête vers le sol, ce parallélisme est détruit, une compression s'exerce sur le larynx, sa lumière diminue ; c'est l'effet du pouce chez l'homme.

Dans la pneumonie ordinaire, l'animal relève la tête et porte les naseaux au vent. Pour déplacer et maintenir le bras de levier représenté par l'encolure, ayant à son extrémité la tête à soutenir, il faut une puissance ; or, cette puissance chez la bête bovine, presque dépourvue de la forte saillie que forment les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales du cheval, cette puissance très-rapprochée du centre du mouvement est défavorable. Comment veut-on qu'elle soit en état de maintenir la tête dans la position relevée pendant tout le cours de la maladie ? Si

M. Didot s'était rappelé ces principes élémentaires, il aurait eu un peu moins de confiance dans MM. les bouviers de Hasselt, et il aurait accepté notre ignorance en ce qui concerne le diagnostic différentiel des deux formes de la pneumonie.

Vous le voyez, Messieurs, le besoin de réformer les bases de l'histoire de la pleuropneumonie exsudative ne se faisait nullement sentir, et la Commission pouvait convenablement se dispenser de changer les notions acquises.

Au milieu des contradictions dont fourmille le travail de M. Didot, je cherche en vain la justification des quatre faits capitaux dont il se dit en possession, et qu'il résume ainsi :

1^o Toute bête bovine convenablement inoculée résiste à l'épizootie pneumonique ;

2^o Toute bête guérie d'une première atteinte n'en contracte pas une seconde ;

3^o Les bêtes guéries d'une première atteinte ne sont plus aptes à être inoculées ;

4^o Enfin une première inoculation bien réussie rend l'animal impropre aux manifestations d'une seconde.

Je conteste formellement l'exactitude de ces quatre propositions ; je vais plus loin, je nie que le liquide extrait d'un poulmon malade soit un virus.

A peine l'inoculation de la pneumonie fut-elle entrée dans le domaine public, que l'on contesta l'originalité de l'idée. Dans le dix-huitième siècle, de nombreuses inoculations avaient été pratiquées sur les bêtes bovines ; mais confondant la peste bovine avec la pneumonie, l'on rapporta à la dernière ce qui avait été tenté pour combattre la première de ces deux maladies.

Ce n'est cependant pas de M. Willems que datent les premières insertions pneumoniques ; elles avaient pour but non de préserver les animaux, mais de résoudre le problème de la contagiosité.

Déjà, vers la fin du siècle dernier, Kausch disait que l'inoculation était le seul moyen de trancher cette question. Il déplorait qu'il ne se trouvât pas de propriétaire qui consentit à livrer quelques bêtes au hasard de cette opération.

Les professeurs Rudolphi et Sick réalisèrent, en 1801, le vœu de Kausch ; ils inoculèrent par frictions sur la pituitaire la matière de l'écoulement nasal. Cette ébauche d'expérience fut complétée et variée par Tscheulin, Dieterichs, Wunsch et Hausmann. Leurs tentatives consistèrent à inoculer des animaux

sains, soit en imitant le procédé de Sick et Rudolphi, soit en passant des sétons imprégnés de mucosités, de sang, de bave, soit encore en introduisant sous la peau des fragments de poumons malades. En aucun cas, ces expérimentateurs ne virent la pneumonie exsudative se développer à la suite de leurs essais : tantôt les effets locaux restèrent nuls, d'autres fois ils donnèrent lieu à des ulcérations de mauvaise nature ou à la gangrène, absolument comme dans les inoculations modernes.

De toutes les expériences de ce genre qui ont été entreprises, la plus intéressante est, sans contredit, celle de M. Hertwig. Il inocula une vache à l'encolure avec du sang de la jugulaire d'une bête malade, après s'être assuré pendant une observation de trois mois, que l'animal jouissait d'une santé intégrale. L'opération se pratiqua le 29 mai 1827, la vache fut ensuite placée entre deux bêtes malades. Le 8 juin une tuméfaction se manifesta, elle continua à se développer jusqu'au 11. Le lendemain, et alors que tous les symptômes locaux étaient manifestes, l'animal présenta les phénomènes de la pneumonie ; il succomba le 19. L'autopsie confirma le diagnostic. La tumeur du cou présentait à l'incision un aspect marbré ayant une grossière ressemblance avec celui des poumons malades.

Dans les inoculations de Vix, consistant à introduire sous la peau des morceaux de poumons malades, l'on a rencontré les lésions de la maladie à l'ouverture des cadavres. MM. Willems et Didot ne rendent qu'un compte très-imparfait de ces inoculations ; ils ne disent pas que la vache et le taureau, sujets de l'expérience, provenaient d'une contrée où sévissait la pneumonie, et que ces animaux avaient été en contact, pendant quarante heures, avec des bêtes pneumoniques.

Cette expérience n'a donc aucune valeur, sous le rapport de l'évolution de la pneumonie, succédant à l'inoculation. Les désordres locaux qui ont précédé la mort étaient ceux que l'on observe dans les inflammations gangréneuses, déterminées par l'inoculation pratiquée à la queue ou au fanon.

La Société agricole du cercle d'Ober-Barnim institua, en 1842, une série d'expériences sur la contagiosité de la pneumonie. Le liquide pulmonaire exprimé dans les naseaux, des portions de poumons malades séjournant plusieurs heures dans les cavités nasales ; les frictions du liquide pulmonaire sur la muqueuse nasale, l'injection de ce même liquide dans les veines, la transfusion du sang des animaux malades ; des lavements avec

le fluide épanché dans la poitrine ; tous ces divers agents furent impuissants à faire naître la pneumonie. Cette maladie n'en atteignait pas moins plusieurs bêtes en expérience, après un contact plus ou moins prolongé avec des animaux pneumoniques.

De ces faits recueillis sans préoccupation d'une idée autre que celle de transmettre la maladie, des nombreuses inoculations pratiquées depuis dix-huit mois, l'on peut conclure que la pleuropneumonie exsudative, quoique contagieuse, n'est pas inoculable, pas plus que la scarlatine où le sang, la salive, la bile, la sueur, les déjections ont échoué. Le virus meurt avec la bête, et le cadavre ne contient ni liquide, ni solide qui soient le véhicule d'une matière contagieuse.

Dans l'expérience de Hertwig, le sang inoculé donne naissance à une tumeur d'un aspect marbré ; son développement est complet à l'invasion de la pneumonie ; dans les autres, les effets sont nuls ou suivis de désordres septiques ou gangréneux, en rapport avec le degré d'altération putride des matières animales.

L'honorable M. Fallot, dans le rapport qu'il présenta à l'Académie sur le mémoire de M. Willems, laisse déjà percer des doutes relativement à l'existence d'un virus transmissible par inoculation dans la pleuropneumonie exsudative. Les faits qui se sont déroulés depuis, sont venus confirmer les paroles prophétiques de M. Fallot. « Tout, dit-il, est subordonné à l'existence dans la pleuropneumonie exsudative, d'un virus transmissible et apte à communiquer une maladie semblable à celle dont il est le produit. Or, pour admettre un pareil virus, il faudrait au moins que la preuve de la transmission fût faite; aussi longtemps qu'elle n'est pas acquise, l'existence du virus reste douteuse, et toutes les conséquences qu'on en déduit, toutes les hypothèses ingénieuses ou non, imaginées pour expliquer tantôt l'inefficacité des inoculations, tantôt les revers dont elles sont suivies, tombent faute d'appui. »

Il y a seize mois que ces paroles ont été prononcées, et la preuve demandée n'est pas encore faite.

L'inoculation pneumonique, pour faire croire à la présence d'un virus, a dû changer la signification de ce mot. J'avais toujours cru et je crois encore avec tous ceux qui se sont fait une idée du phénomène pathologique de la contagion, soit naturelle, soit artificielle, que son signalement lui impose comme condition essentielle, l'élaboration morbide d'un principe spécifique virtuellement doué du pouvoir de transmettre l'affection qui l'a

engendrée. La cause née d'un acte spécifique de l'économie malade fait naître une maladie semblable. Voilà le fait essentiel, indispensable, pathognomonique du mode contagieux. Hors de là et en dépit de certaines similitudes, il n'y a qu'infection.

Outre M. Fallot, l'honorable M. Lombard, auquel personne ne déniera un talent d'observation hors ligne, a émis les mêmes idées dans cette enceinte. D'après quelques révélations de M. Didot, M. Lombard peut être considéré comme le père de la pneumonisation ; non-seulement il en a conçu la pensée, mais encore il l'a mise à exécution. Qu'a fait M. Lombard ? a-t-il supplié la renommée de sonner la trompette ? Non, il s'est aperçu qu'il avait enfanté un monstre, et il s'est empressé de l'étouffer.

Dans une lettre particulière, M. le docteur Ulrich me mande qu'un médecin du Tyrol, nommé Hechtberger a publié, en 1843, une brochure où l'inoculation est formellement mentionnée : il dit que dans les bronches on rencontre de petites vésicules renfermant un liquide virulent, et que cette matière inoculée préserve le bétail de la pleuropneumonie exsudative. J'ai fait rechercher la brochure que l'on n'a pas trouvée dans le commerce de la librairie ; l'on a répondu d'Innsbruck que le docteur Hechtberger avait quitté le pays, sans que l'on sache ce qu'il était devenu. Je me borne donc à reproduire les renseignements qui m'ont été donnés par M. Ulrich.

MM. Willems et Didot ont basé la spécificité de l'exsudation produite par l'inoculation sur la similitude anatomique qu'elle présente avec l'exsudat pulmonaire. Cette similitude se décélant par des éléments histologiques qui se rencontrent dans l'affection naturelle et artificielle, constitue le trait d'union de l'identité, et conduit à cette conclusion, que l'acte morbide des poumons se localise dans la partie inoculée.

L'anatomie pathologique de la pleuropneumonie exsudative est complète ; l'étude micrographique des poumons malades a été faite par M. Gluge avec un soin et une exactitude tels que ceux qui l'ont reprise, n'y ont rien ajouté. Personne n'a vu les corpuscules spécifiques avant M. Willems, du moins ne les a reconnus exclusifs aux poumons malades du bœuf. M. Gluge les a vainement cherchés, M. Raikem ne les a pas aperçus dans le morceau de la peau du bœuf inoculé par M. Maris ; M. Gurlt, examinant la peau du même bœuf, dont un fragment avait été adressé au roi de Prusse par M. Willems, n'a pas été plus heureux.

Si M. Didot, qui s'est fait l'endosseur complaisant des théories de M. Willems, repousse ces faits comme dépourvus d'une certaine suffisance, s'il s'obstine à prendre les savants que je viens de citer, et dont les noms font autorité dans la science, en flagrant délit d'ignorance, de mauvais vouloir, d'opposition passionnée ou d'illusion, ne sent-il pas qu'il s'expose à des représailles ?

Dans le courant du mois de juillet 1852, la Commission invita M. Willems à se rendre dans son sein, afin de lui démontrer les corpuscules spécifiques qu'il avait découverts. Il s'était servi, disait-il, d'un microscope de Schick ; on lui en remit un de ce fabriquant.

Mais quel ne fut pas l'étonnement des spectateurs, lorsqu'ils s'aperçurent que M. Willems ne savait pas manier l'instrument à l'aide duquel il avait fait sa découverte, et qu'il en ignorait complètement le mécanisme !

M. Gluge prenant son embarras en pitié, lui vint en aide. Nous vîmes alors des corpuscules pigmentaires, analogues à ceux dont M. Gluge nous démontra immédiatement après l'existence dans les poumons d'un chien. Ce qui confirme la démonstration de M. Gluge, c'est qu'elle concorde avec les observations de M. Hertwig, qui a rencontré des corpuscules identiques dans les poumons de la bête bovine, du chien et du cheval.

M. Willems ne se vante pas de cet incident dans sa réponse au rapport de la Commission ; il glisse légèrement sur ces corpuscules qui, pour M. Didot, dont la foi est robuste, restent une vérité.

On cherche encore un point d'appui dans M. le professeur Vankempen, de Louvain ; il ne faut pas une grande perspicacité pour s'apercevoir de prime abord que l'on a abusé du nom de cet honorable professeur. M. Vankempen a examiné un lambeau de peau ; il y a vu un blastème dans sa période d'organisation, et cette phrase terminale : *c'était absolument comme s'il y avait eu une exsudation abondante dans le derme*, en est la preuve la plus évidente.

On ne voit nulle part que M. Vankempen ait soumis le poumon malade à un examen comparatif ; on ne dit pas même qu'il s'en est occupé. Mettons donc M. Vankempen hors de cause, et il reste le choix entre l'opinion de M. Willems et celle de MM. Fallot, Gluge, Raikem, Gurlt, Hertwig et des autres membres de la Commission présents à la séance. Si ces faits ne suffisent pas, rappelons-nous que M. Willems a rencontré ces

mêmes corpuscules dans des tubercules intestinaux et dans les *poches* qu'il a vues sur les plèvres. Ces lésions appartiennent à la tuberculose des séreuses; elles sont par conséquent étrangères à la pleuropneumonie exsudative. On peut en inférer la valeur des corpuscules et leur signification dans la pneumonie bovine.

Comparant diverses autres matières animales dans lesquelles les corpuscules n'ont pas été observés, M. Willems cite le grand pectoral droit de l'abdomen; ce muscle nouveau, inconnu chez les bêtes bovines, jusqu'à ce que l'inventeur de l'inoculation l'ait inventé, peut marcher de pair avec les tubercules intestinaux et les *poches* pleurales.

La description des corpuscules donnée par MM. Ercolani et Gastaldi est tout à fait conforme à ce que nous a démontré M. Gluge dans les poumons d'un bœuf et d'un chien; il les groupait et séparait les groupes à volonté. Quant à leur nature parasitaire, je crois qu'une nouvelle discussion sur les virus animés serait déplacée dans ce moment.

Je pense donc pouvoir conclure à l'exactitude des deux propositions de M. Gluge, à savoir :

1^o Que la pleuropneumonie épizootique ne possède pas des produits anatomiques caractéristiques, appréciables au microscope;

2^o Que le produit inflammatoire de l'inoculation ne se distingue d'aucun autre produit d'inflammation par des caractères anatomiques.

Cette opinion a été exprimée par l'honorable M. Fallot, tout au début de l'inoculation. « Ces diverses productions accidentelles, dit-il, ne paraissent être que des corpuscules inflammatoires à divers degrés de développement, corpuscules qui se trouvent dans tout tissu phlegmasié, à quelque espèce d'animal qu'il appartienne; il paraît fort probable que parmi ces corpuscules atomiques, il en est bon nombre qui ne sont que des granulations pigmentaires et graisseuses. »

Les petits corpuscules à mouvement brownien existent dans toutes les humeurs; on les rencontre même dans des liquides étrangers à l'organisme.

Est-il nécessaire de faire ressortir que l'analyse chimique, suivant le médecin de Hasselt, démontré l'analogie entre le mal artificiel et le mal naturel? Répéter de semblables absurdités, c'est en faire justice.

Abandonnons les infiniment petits et prenons l'exsudation en masse. C'est un travail morbide spécifique, qui se substitue à celui des poumons, dit M. Didot, et il est très-disposé à croire que cette exsudation devient l'apanage exclusif de la pneumonie et de l'inoculation.

M. Didot ignore, sans doute, que si le sang, chez la bête bovine, ne se couvre pas d'une couenne inflammatoire, l'exsudation d'un blastème fibrineux constitue un acte normal dans les procès phlogistiques de l'économie du bœuf, quelle que soit la cause qui les ait provoqués. Dans la pneumonie, le travail exsudatif ne se borne pas toujours au tissu cellulaire, il envahit encore les plèvres et les bronches, où la lymphe plastique, se solidifiant, obstrue la lumière des tuyaux bronchiques et amène l'asphyxie, lorsque les caillots ne sont pas expectorés.

La laryngite, la bronchite croupales ne sont pas rares chez le bœuf ; dans l'entérite couenneuse, des cylindres de matière exsudée, ayant la forme et les dimensions de l'intestin, sont expulsés. Ce phénomène se produit jusque dans la peste bovine : des matières exsudées sont disséminées par petits paquets sur la surface de la muqueuse intestinale, ainsi que me l'a montré M. le professeur Röll, pendant mon séjour à Vienne. Dans l'arthrite rhumatismale aiguë des veaux, des masses exsudées remplissent les capsules articulaires, elles s'étendent même au delà et envahissent le tissu cellulaire intermusculaire ; elles donnent ainsi aux parties cet aspect marbré dont on a fait tant de bruit, et que l'on a attribué exclusivement à une inflammation spécifique résultant de l'inoculation. Les marbrures se sont également produites au cou, à la suite de l'insertion du sang putréfié pratiquée par la Commission. Elles se présentent à toutes les régions pourvues de tissus diversement colorés, compris dans un procès inflammatoire. La présence ou l'absence des marbrures dépend donc uniquement de la structure anatomique.

Au fanon pourvu d'un tissu cellulaire lâche et abondant, les tumeurs peuvent prendre une grande dimension, quelle que soit la cause qui les détermine. Le liquide pulmonaire ou tout autre irritant leur donne un aspect blanc-jaunâtre assez uniforme.

La Commission s'est expérimentalement assurée de ce fait.

Le 27 juillet deux vaches sont inoculées au fanon : l'une avec la matière d'un poulmon malade, l'autre avec du pus fourni par le séton d'un cheval. Une tuméfaction du volume des deux poings se développe sur chaque individu. Le 13 août, les tumeurs sont

extirpées, et après que les membres de la Commission, présents sur les lieux, les eurent examinées, elles furent envoyées à M. Gluge qui n'en connaissait pas l'origine. Je transcris la description que cet anatomo-pathologue distingué en a donnée : « Leur aspect intérieur, leur consistance, leur couleur indiquent déjà que ce sont deux tumeurs de nature identique, ce que confirme l'examen microscopique. Les tumeurs sont, en effet, déterminées par une infiltration de matière exsudée (fibrine coagulée) dans du tissu cellulaire, présentant dans les deux absolument le même aspect sous le microscope. »

Il n'existe donc pas des produits histologiques spéciaux ni dans les poumons malades, ni dans les tuméfactions engendrées par l'inoculation du liquide que ces organes fournissent. La similitude anatomique constitue un fait normal qui n'est pas exclusif à l'inoculation.

Si ces considérations pouvaient encore laisser quelque doute, l'anatomie et la pathologie comparées viendraient les lever. Les lobules des poumons du bœuf sont unis par un tissu cellulaire lâche, qui permet de les apercevoir très-distinctement ; il en est de même des poumons du porc. L'invasion brusque, la marche rapide de la pneumonie ordinaire, ne permettent pas à l'exsudation de s'organiser ; le début lent, chronique de la pneumonie exsudative place le blastème dans des conditions tout autres.

Lorsque la pneumonie aiguë chez le porc se termine par l'hépatisation chronique, les marbrures du poumon deviennent aussi distinctes que dans l'espèce bovine. A en juger par un fait unique, il est probable qu'il en serait de même chez la bête bovine, si l'hépatisation aiguë passait à l'état chronique. M. le professeur Spinola a rencontré les marbrures sur une vache morte à la suite d'une lésion traumatique des poumons, déterminée par un coup de corne.

Ne cherchons donc pas la spécificité de l'affection dans l'aspect d'une grossière ressemblance physique, qui a sa raison d'être dans l'organisation même, organisation que les hypothèses les plus subtiles ne parviendront ni à détruire, ni à modifier.

La fièvre qui attaque certains animaux inoculés, sans manifestations locales, qui dynamise, agit homœopathiquement, est encore un fantôme appartenant au monde invisible ; elle est parfaitement insaisissable, aussi bien que les effets constitutionnels. Cette fièvre est évoquée *à posteriori*, quand l'animal ne contracte pas la pneumonie. Les neuf bêtes de la Commission en sont

un exemple. Tenues en observation, visitées, plusieurs fois par jour, par MM. Thiernes, Husson et Defays, auxquels MM. Willems et Didot voudront sans doute bien accorder assez de tact médical pour diagnostiquer un mouvement fébrile, ces messieurs n'ont absolument rien aperçu. Et pourquoi M. Willems les a-t-il reinoculées ? L'effet dynamique lui a donc également échappé ? Cette arme à double tranchant, je n'hésite pas à le dire, n'est pas digne de la science, elle ne devrait pas être produite devant une assemblée que l'on respecte ; car, je ne saurais assez le répéter, les bêtes bovines ne sont pas fatalement vouées à la pneumonie comme l'espèce humaine l'est à la variole.

Le liquide séro-albumineux qui suinte des queues, la matière gélatineuse qui infiltre le tissu cellulaire se rencontrent dans toutes les affections gangréneuses de la bête bovine, et notamment dans les tumeurs charbonneuses.

Les véritables virus, causes spécifiques, s'il en fut jamais, ne traduisent pas leur mode d'action de la même manière que le liquide pulmonaire, lorsqu'ils sont mis en contact avec l'économie ; ils donnent toujours la même maladie.

Les virus morveux, charbonneux, rabique, ceux de la peste bovine et humaine, de la variole, du vaccin, etc., n'échangent pas leurs produits : on n'en voit sortir que des maladies dont ils sont les représentants. La pneumonie bovine ne fait pas exception ; son virus halitueux ne donne que la pneumonie.

Mais outre la spécificité affective, source de l'état morbide, ils sont encore doués de la propriété de faire retentir leur action sur un organe ou un système organique pour lequel ils montrent de la préférence, quels que soient leur voie et leur mode d'introduction.

Les lois sur la virulence sont trop bien établies, pour que l'on consente bénévolement, sur la foi d'une hypothèse, à renverser l'œuvre qui s'est si péniblement additionnée pendant un espace de vingt siècles.

Le liquide pulmonaire n'est pas *un virus quelconque*, dit M. Willems ; j'avoue ne pas comprendre qu'une matière est et n'est pas un virus. Considérés comme agents morbides spécifiques, virtuellement doués de la faculté de provoquer une maladie déterminée, les virus sont toujours identiques à eux-mêmes ; l'affection qu'ils provoquent est toujours du même ordre. Ou ils sont impuissants ou la contagion s'opère.

Ce virus n'agit que sur les individus de l'espèce bovine. Une

personne se blessant accidentellement avec la lancette chargée de liquide pulmonaire, n'en éprouve pas les effets ; il en est de même des animaux d'espèces différentes, que M. Willems a tenté d'inoculer. On conçoit encore la stérilité de cette matière sur l'espèce humaine, parce que l'individu blessé a hâte de déterger la plaie, en plongeant la partie blessée dans l'eau ; une telle preuve de spécificité est fragile.

L'aspect de la question change, en ce qui concerne les animaux autres que le bœuf ; malheureusement pour le système, cette preuve ne s'est pas confirmée. M. le professeur Simonds a inoculé des chiens, des moutons et des ânes ; sur ces animaux s'est déroulé toute la série d'accidents que l'on observe chez le bœuf, depuis la simple tuméfaction inflammatoire jusqu'à la gangrène.

L'un des caractères des virus est la constance de leur action étiologique ; elle a permis de généraliser l'inoculation de la variole humaine, de la variole ovine, du vaccin. On communique ces maladies à volonté ; quelques idiosyncrasies réfractaires forment de rares exceptions.

Rien de plus inconstant que les inoculations pneumoniques. Tantôt tous les individus inoculés en ressentent les effets ; tantôt le nombre se réduit aux trois quarts, à la moitié, au quart, ou bien il est nul, et ces mêmes bêtes restent réfractaires à une seconde, à une troisième tentative. Ici l'on voit une bête qui perd la queue en totalité ou partiellement ; là, il en est plusieurs ; dans telle étable une bête succombe ; dans telle autre, les cadavres se multiplient, et l'inoculation devient une source de ruine et de désolation.

Quelle que soit la face sous laquelle on envisage le virus pneumonique, toujours il se soustrait à la spécificité étiologique et à la spécificité pathologique.

Ces nombreuses anomalies, ce contraste de l'empreinte inégale, ne dépendent pas, quoi qu'en disent MM. Willems et Didot, de la maladresse, de l'ignorance de l'opérateur, ainsi que des modifications que celui-ci veut apporter à la méthode de l'inventeur ; elles sont uniquement subordonnées au degré d'altération du fluide ; c'est la piqûre anatomique, l'infection septique, comme l'a avancé M. Lombard, qui viennent animer la teinte du tableau symptomatologique.

Prenez le poumon encore chaud d'une bête livrée à la boucherie, et chez laquelle l'hépatisation chronique se trouve à la période d'évolution ; exprimez-le, inoculez-en le liquide, et la

manifestation de phénomènes locaux même bénins rentre dans les exceptions. Conservez, au contraire, ce même fluide et faites-en l'insertion au bout de deux ou trois jours, parfois de quelques heures, et les accidents les plus graves peuvent en être la conséquence.

Tel est le danger auquel s'exposent les vétérinaires qui voyagent avec une fiole de ce virus dans leur poche, telle est la signification des accidents survenus à Herkenrode, à l'abbaye de la Trappe et ailleurs. Les phénomènes généraux, l'effet soi-disant constitutionnel sont en rapport direct avec l'intensité des symptômes locaux et les progrès de la gangrène.

Une série d'expériences dans cette direction a été arrêtée et en partie exécutée par la Commission belge, mais elle a été prévenue, quant aux conclusions, par la Commission de Lille, qui a singulièrement élucidé cette face de la question.

Les expériences de cette Commission commencèrent le 25 décembre 1882, sur une population bovine précédemment décimée par la pleuropneumonie, et s'élevant à un total de cent quarante-trois têtes, réparties chez cinq propriétaires. Quarante-deux inoculations ont été pratiquées, en suivant exactement les prescriptions de M. Willems; cinquante-trois le furent avec le liquide morbide pulmonaire; vingt-neuf avec le sang défibriné d'une origine pure de toute suspicion pleuropneumonique, mais ayant subi une putréfaction de huit, de seize et de vingt-cinq jours.

Les effets locaux provoqués par ces deux matières si différentes, ont été tellement semblables dans toutes les phases, les conséquences et la durée de leur développement, que l'observateur le plus habile n'aurait pu tracer une ligne de démarcation susceptible de les séparer d'après leur origine. L'état relatif d'avancement de la fermentation putride exerça seul une influence sur la gravité des résultats.

Les conséquences des inoculations furent généralement proportionnelles aux degrés d'altération subie par la matière inoculée. Elles se produisaient plus particulièrement, en augmentant le nombre et l'intensité des accidents gangréneux provoquant la chute de la queue. Les sujets réfractaires aux troubles pathologiques provoqués, a été de deux sur les vingt-neuf insertions de sang altéré, et de huit sur les cinquante-trois inoculations du liquide pulmonaire.

La Commission tira de ses essais comparatifs cette conclusion :

« Dans les inoculations pratiquées d'après la méthode du docteur Willems, le travail pathologique local ou général produit par l'absorption du liquide extrait des poumons d'animaux pleuropneumoniques est de la plus parfaite similitude avec celui résultant de l'insertion sur le même lieu et par le même procédé, du sang d'animaux sains, mais altéré par la fermentation putride. »

L'identité d'action des deux matières inoculées ne prouve pas encore qu'elles possèdent la même puissance, sous le rapport de l'immunité. La Commission de Lille a répondu à cette objection : des quarante-cinq animaux inoculés avec succès par la sérosité pulmonaire, huit ont été atteints de la maladie, dont quatre guéris et quatre morts ou abattus. Des vingt-sept animaux inoculés avec succès par le sang putréfié, trois ont été atteints de pneumonie, dont un guéri et deux morts ou abattus.

L'affection s'est déclarée du vingt-troisième au cinquante-deuxième jour après l'insertion.

Les phénomènes locaux étant les mêmes, et le nombre des malades ayant été relativement moindre dans les inoculations par le sang putréfié que par le fluide pulmonaire, on ne saurait voir dans les unes et les autres qu'une intoxication septique.

La Commission de Lille, dont M. Didot repousse les expériences et les conclusions, parce qu'elles ne lui offrent pas assez de garanties, était composée de MM. Demesmay et Bajoux agronomes ; Gosselet et Canissié, docteurs en médecine ; Charles, Pommeret et Loiset médecins vétérinaires, le dernier rapporteur. Ainsi, tous les documents proclamant l'inanité d'un virus pneumonique inoculable sont regardés comme non-avenus, uniquement parce qu'ils dérangent les conclusions à construire. Et si vous refusez nettement de leur donner une place, de quel droit prétendez-vous nous imposer comme l'expression de la vérité, une opinion qui n'aura pas voulu tenir compte de tous les éléments de l'observation ? Vous voulez la fonder sur de simples pièces dont on ne peut vérifier l'exactitude, et quand il est possible de la vérifier, elle est souvent suspecte ou controuvée, témoins les magnifiques galeries de M. Platel, les dix-sept bœufs de MM. Nys frères, les deux bœufs inoculés avec du pus et pas la lympe, etc.

L'inoculation de la pneumonie imitant, sur les promesses d'une analogie entraînant, la méthode si utilement opposée aux fureurs de la variole, avant la grande découverte de Jenner, devait

emprunter à l'histoire des affections varioleuses et à la peste bovine, le bénéfice de l'axiome vulgaire de jurisprudence, *non bis in idem*, octroyant le privilège préservateur d'une récidive à la maladie naturelle et artificielle.

Peut-on croire sur parole celui qui vient poser un nouveau dogme en médecine? Dans notre époque de libre examen nous nous réservons le droit d'exiger une démonstration.

La pneumonie n'attaque-t-elle les animaux qu'une seule fois dans le cours de leur vie? Je réponds que je n'en sais rien, et comme mon plus sincère désir est d'être éclairé, je prie MM. Willems et Didot de me fournir la preuve de leur affirmation absolue.

En soulevant cette question, M. Willems m'a cité avec MM. Pétry et Yvart. Je ne méritais pas cet honneur, car n'ayant pas l'habitude de trancher les points de science que j'ignore, je n'ai jamais avancé qu'une première attaque de la pneumonie bovine garantissait l'individu d'une récidive.

Quelques faits recueillis par M. Yvart dans les montagnes de l'Auvergne, tendent à accorder cette propriété à la pneumonie, mais M. Yvart remarque, que pour confirmer ou infirmer ce principe, il est indispensable de recueillir des faits plus nombreux que ceux qu'il a pu obtenir. Cette réserve est d'autant plus sage, que l'immunité due à cette cause, ne passe point sans conteste. M. le professeur Spinola m'a assuré avoir été témoin du contraire. M. Husson a rencontré, en 1849, dans les poumons d'une vache deux kystes d'âge différent, et contenant des fragments pulmonaires hépatisés. Une pièce pathologique de même nature, recueillie par M. Defays, figure dans les collections de l'école vétérinaire. Sont-ce de ces exceptions qui ne renversent pas la règle générale? Je l'ignore; mais je ne saurais admettre un principe aussi important sur la simple assertion de MM. Willems et Didot.

Où donc MM. Willems et Didot ont-ils eu occasion de recueillir l'imposante série de faits qui les autorisent à prendre ce ton affirmatif absolu? M. Willems les a-t-il observés dans l'étable de son père; M. Didot les a-t-il recueillis endéans les deux jours qu'il a passés à Hasselt?

M. Didot dit : « Les distillateurs de Hasselt employèrent tous les moyens pour que la boucherie les débarrassât, en temps utile, des bêtes compromises, et grâce aux facilités de transport que présentait le chemin de fer, tous les bœufs malades purent être vendus pour les deux tiers de leur valeur vénale. »

M. Willems père a-t-il fait exception, soumettait-il ses bœufs *compromis* à un traitement, conservait-il ceux qui guérissaient, afin de permettre à son fils de les suivre durant quelques années, et de s'assurer ainsi de leur immunité contre une seconde attaque ?

Ce n'est ni sur les bancs universitaires, ni dans les hôpitaux qu'il a pu acquérir la vaste expérience dont il fait l'étalage, car sa carrière médicale ne date que de 1850.

Ni M. Willems, ni M. Didot ne se sont trouvés dans les conditions propres à dégager l'inconnue de cette équation ; ils n'ont pas éclairci ce point de l'histoire de la pneumonie. Leur raisonnement est fondé sur l'analogie : la variole de l'homme et des animaux, la rougeole, la scarlatine, la peste bovine jouissent du privilège préservateur d'une récurrence, la pneumonie, *en conséquence*, doit être soumise à la même loi.

En matière de pathologie comparée, je n'accepte aucun *a priori*, qui n'a pas obtenu la sanction de l'expérience. Que MM. Willems et Didot veuillent me faire connaître les faits que résume ce dogme médical, et je me déclare prêt à me ranger de leur avis.

Si l'on réfléchit aux nombreuses mutations de la bête bovine dans l'économie rurale, à la brièveté de sa vie, à la hâte qu'ont les propriétaires de se débarrasser des bêtes guéries, on conviendra que la solution du problème est hérissée de difficultés.

A ces raisons, M. Didot en ajoute une qui est péremptoire, il dit : la terminaison ordinaire de la maladie est la mort. Dans ce cas, en effet, une bête pneumonique ne saurait récidiver, et le principe n'exige pas d'autre démonstration.

L'application du deuxième axiome *non bis in idem* ne présente pas les mêmes doutes. *Une bête guérie d'une première atteinte de la pleuropneumonie n'est plus apte à être inoculée, une première inoculation bien réussie rend l'animal inapte aux manifestations d'une seconde.*

Ces deux propositions sont fausses. Si M. Didot désire s'en convaincre, la Commission s'offre à lui en fournir la preuve expérimentale ; mais je pense qu'elle est superflue, car lui-même, sans s'en douter, nous donne des arguments concluants contre ses propositions.

M. Willems a établi que toute bête inoculée avec succès, est préservée après le quinzième jour qui suit l'opération. M. Didot relève cette déclaration, il trouve la période insuffisante. La Commission partage si bien son avis, qu'elle comprit tout d'a-

bord que M. Willems venait de faire fausse route. Personne n'ignore, qu'en médecine les acquisitions successives s'additionnent lentement ; or, quand un individu affiche la prétention d'avoir fait mieux et plus en quelques semaines, que ses prédécesseurs n'ont réalisé en un siècle, on a la juste mesure de la consciencieuse exactitude qui a présidé à ses études. M. Didot, malgré toutes ses subtilités, ne parviendra pas à écarter la difficulté qu'il a soulevée, ni à cacher le lourd pavé dont il a écrasé son client.

Le développement simultané de la vaccine et de la variole, qu'il invoque, déplace la question. Je ne conteste pas que deux maladies contagieuses différentes ne puissent marcher de pair ou se succéder chez le même individu. J'en citerai même un exemple qui rentre dans notre sujet. Dans sa relation de la peste bovine qui ravagea le canton de Berne, au siècle dernier, Haller dit positivement que cette maladie était compliquée de la pneumonie. Nous sommes donc d'accord sur ce point, mais là ne git pas la question. Ce qu'il faut prouver, c'est que la vaccination, la variolation, la clavelisation conservent leur puissance et produisent leurs effets ordinaires sur des individus chez lesquels l'éruption existe; en un mot, que dans toute maladie contagieuse inoculable, la contamination artificielle marche avec tous les caractères qui lui sont propres, alors que l'affection acquise spontanément ou par contamination naturelle s'est développée.

Les choses se passent cependant ainsi dans l'inoculation de la pneumonie : d'un côté une maladie spécifique, de l'autre une inoculation qualifiée de virulente, avec ses stygmates locaux ; les deux affections marchent de pair, et s'influencent mutuellement pour s'aggraver.

Il ne faut pas confondre, comme le fait M. Didot, une *infection préexistente*, terme vague qui présuppose une incubation, avec une maladie *préexistante*. La pneumonie à la période d'évolution est palpable ; elle possède ses lésions anatomiques ; elle existe, si je puis m'exprimer ainsi, en chair et en os ; elle existe, car c'est de ces poumons que vous recommandez de prendre votre virus. Quand on inocule dans une étable où sévit la maladie, l'inoculation loin d'y mettre obstacle, précipite l'invasion de la période fébrile, et hâte ainsi le dénouement fatal. Voilà comment cette pratique chasse la pneumonie des étables.

M. Willems a élaboré quatre théories sur ces pneumonies qu'il croit être une suite de l'inoculation :

1^o Elles se développent par absorption concomitante ou consécutive ;

2^o Elles sont le résultat de l'absorption des matières putrides qui se produisent par l'élimination des eschares ;

3^o Elles sont dues à la métastase ;

4^o Enfin elles sont probablement transportées par les vaisseaux lymphatiques et par les veines jusque dans les poumons, et même dans l'arbre circulatoire, qui est l'arbre de la vie, et l'animal meurt par l'altération du sang et par l'épuisement du fluide nerveux qui s'exerce sur une trop grande étendue.

Choisissez, Messieurs, une de ces théories exposées dans un galimatias physiologique, dont M. Didot admire la sagesse.

Oui, la Commission savait que chez plusieurs sujets inoculés avec succès, la pneumonie devait préexister, et si elle n'en a pas fait mention, à qui la faute ? Consultez sur ce point la correspondance de M. Willems, d'où vous avez extrait tout ce qui vous convenait, et vous lirez : « J'ai la satisfaction de vous annoncer que, de toutes les bêtes inoculées depuis plus de quinze jours, aucune n'a contracté la maladie.

« Partout où j'ai pu appliquer ma méthode et la contrôler moi-même pendant deux semaines seulement, la pleuropneumonie a constamment cédé à l'inoculation.

« La maladie éclate à Herkenrode, j'inocule, dès lors plus de pleuropneumonie.

« Partout où j'ai suivi moi-même l'inoculation pendant trois semaines, la pleuropneumonie a constamment cessé.

« Toutes les fois que l'inoculation est pratiquée dans les étables infectées par la pleuropneumonie, quinze jours à trois semaines après, les moindres traces de cette maladie ont disparu.

Toujours le *veni, vidi, vici*.

Le terme de quinze jours a été fixé par M. Willems et non par la Commission.

Puisque vous convenez, d'après ce que nous savons de la période d'évolution, que cela n'est pas, que cela ne peut pas être, que l'inoculation prend sur une bête infectée tout aussi bien que sur une bête saine, que devient l'axiome *non bis in idem*, et comment voulez-vous que l'on compte sur des révélations expérimentales aussi chanceuses ? Quand on se contente d'interroger le hasard, il n'est pas étonnant que le hasard seul réponde.

Le liquide extrait d'un poumon malade ne détermine pas l'af-

fection dont il est le produit ; il est susceptible de provoquer une tuméfaction simple ou gangréneuse sur des bêtes guéries de la pleuropneumonie exsudative aussi bien que sur celles qui déjà ont éprouvé les effets d'une première insertion. Ne possédant pas les propriétés d'un virus, on ne peut attribuer son activité qu'à une infection septique, ce que viennent confirmer les accidents gangréneux, toujours en rapport avec le degré de décomposition putride qu'a éprouvée la matière.

La Commission de Lille a placé la question sur son véritable terrain : M. Willems a appliqué, comme prophylactique, une médication septique. Cette méthode neuve est à son début ; elle se trouve par conséquent dans cette période d'essais, de tâtonnements, de déceptions, dont le temps, l'observation et l'expérience doivent tirer la résultante, que la science doit apprécier et caractériser. Une recrudescence épizootique hâterait la solution du problème, et si M. Willems avait donné à l'idée dont il a fait l'application toute la maturité qu'un tel sujet comporte, s'il ne s'était trop empressé de conclure et de généraliser, il eût trouvé dans cette recrudescence la véritable pierre de touche de sa découverte.

En agissant ainsi, on aurait évité d'introduire le roman dans l'art de guérir, on ne se serait pas posé en réformateur des doctrines de la contagion ; car, envisagée comme insertion septique, il est possible de rattacher l'inoculation à ce dogme médical : *une impression malfaisante de sa nature peut défendre l'organisme des impressions d'un autre genre, dont les effets seraient relativement plus redoutables.*

En ce qui concerne M. Didot, il ne me reste qu'à admirer les entraînements que peut subir un homme d'un talent accepté, quand il abandonne ses voies habituelles, pour s'aventurer dans des régions qui lui sont inconnues. Je regrette que cet honorable collègue, qui a toute mon estime, ait placé la discussion de faits scientifiques sur un terrain de polémique et de lutte. Je devais à la Commission centrale dont j'ai été l'organe, je devais à ma dignité personnelle une explication raisonnée et la justification des conclusions que nous avons prises en commun, et qui découlaient rigoureusement des prémisses. J'ai dû répondre, mais ce sera un bonheur pour moi, quand je pourrai dire avec le vieil athlète mis en scène par Virgile : *Cestus artemque repono.*

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine

IV. — LECTURES ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

1. Sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris ; par M. LEROY d'ETIOLLES, membre correspondant à Paris.

Lorsque la lithotritie devint une réalité par les inventions et les travaux de chirurgiens au nombre desquels je crois pouvoir me citer, *quorum pars fui*, les incrédules obligés de se rendre à l'évidence et d'admettre cette nouvelle méthode dans la thérapeutique chirurgicale, ne voulurent d'abord lui faire qu'une place fort restreinte et l'on traça autour d'elle un cercle d'impossibilités que suivant eux elle ne pourrait surmonter : ainsi elle devait, disait-on, se borner aux pierres petites et friables ; la plupart des complications des calculs, tels que le catarrhe vésical, l'engorgement de la prostate, la rétention d'urine surtout semblaient des contre-indications. La lithotritie a successivement franchi ou éloigné ces barrières. Les calculs fortement enchatonnés et les très-grosses pierres contenues dans les vessies hypertrophiées sont seuls aujourd'hui réfractaires à la nouvelle méthode.

Tandis que les corps susceptibles de trituration arrivaient à passer presque tous dans un état de division par les voies naturelles, il n'en était pas de même des corps étrangers autres que les pierres et leurs débris. Pour faire sortir de la vessie de longs fragments de sondes, de bougies, de tiges métalliques, des portions d'instruments lithotribes rompus et détachés (car nous devons confesser que la lithotritie a quelque peu ajouté à la fréquence de ces accidents), il semblait que l'on fût dans la nécessité de recourir à l'opération de la taille ; mais la mécanique s'est mise de nouveau à l'œuvre, elle a courbé les tiges assez minces pour passer en double, de telle sorte que leurs extrémités dirigées en arrière ne fissent pas obstacle à leur introduction dans l'urèthre ; les corps étrangers trop épais, trop résistants pour être coudés ainsi, elle les a saisis, les a fait tourner sur eux-mêmes et les a placés dans la direction du canal qui doit leur donner issue. Quelques-uns de ces corps étaient trop longs, trop enclavés dans la vessie pour se prêter à ce mouvement de rotation, elle les a divisés avec des petites scies ou des lames tranchantes : elle a

résequé les portions de corps trop proéminentes pour se loger et se cacher en entier dans la gouttière de l'instrument. Dernièrement enfin elle a demandé aide à la physique et utilisé ses récentes découvertes sur l'électro-magnétisme pour l'extraction des portions d'instruments de fer et d'acier rompus et détachés dans les organes.

Les corps étrangers contenus dans la vessie, autres que les pierres et leurs débris, y pénètrent les uns par l'urèthre comme les fragments de sondes et de bougies, les tiges métalliques, les épingles à cheveux, les épinglettes de fusil, les portions détachées de brise-pierres rompus, etc. Ces corps introduits de cette manière, sont tous allongés et d'un diamètre inférieur à celui du canal qu'ils ont parcouru en entrant. Les autres pénètrent à travers les parois de la vessie : ce sont, en général, des projectiles d'armes à feu, des lambeaux de vêtements poussés par eux, des esquilles d'os détachées sur leur passage, des éclats de bois qui pénètrent à travers les chairs et s'y brisent. Je me suis trouvé en présence de tous les cas que je viens d'énumérer et j'ai toujours surmonté les difficultés de l'extraction de ces corps divers, comme on pourra le voir par les exemples que je vais rapporter. Pour y parvenir, il a fallu, il est vrai, varier la forme et la disposition des instruments ; cette multiplicité est un inconvénient, j'en conviens, mais la légère dépense qu'il peut occasionner au chirurgien est largement compensée par l'avantage que les malades en retirent. D'ailleurs on peut assurer qu'il en sera de l'extraction des corps étrangers comme de la lithotritie, qu'elle se simplifiera et qu'un même instrument remplira les conditions et produira des effets que l'on n'obtenait qu'avec plusieurs. De plus, la rapidité et la facilité des communications sont telles aujourd'hui, que le chirurgien peut demander en un instant d'un bout du monde à l'autre et faire venir en quelques jours l'instrument qui conviendrait à tel ou tel cas : ajoutons enfin qu'inventeurs et fabricants, imbus de l'amour de la science et de l'art, s'empresseraient de mettre à la disposition des praticiens les ressources qu'ils ont réunies entre leurs mains ; je parle ici non-seulement de moi, mais de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, qui m'a si bien secondé dans l'exécution de mes idées.

Malgré la diversité de leurs formes et de leur disposition mécanique, les instruments extracteurs peuvent être classés en deux catégories suivant leur mode d'action. Les uns ploient les corps assez flexibles et assez minces pour passer en double dans l'urèthre.

Les autres font tourner et basculer les corps trop résistants ou trop volumineux pour être ainsi ployés en double, et ils les placent longitudinalement dans la direction du canal qu'ils doivent parcourir. Ni l'un ni l'autre effet ne pouvait être obtenu par les instruments existants dans l'arsenal de la chirurgie. Les pinces uréthrales de Germanus, cité par Severino, de Fabricius-Hildanus, de Hales, de Hunter, les pinces vésicales de Sanctorius, de Desault, d'Astley Cooper, peuvent saisir les corps allongés; mais comme les unes ne rentrent pas dans le tube qui leur sert de gaine et que les autres n'ont pas de fourreau, elles sont incapables de ployer les tiges flexibles : le col de la vessie et l'urèthre auraient dû remplir cet office non sans lésion et sans graves désordres; aussi la pensée n'était même pas venue de les employer à cet usage.

Une modification de M. Segalas à la pince courbe de Desault avait donné le moyen de ployer en double et d'extraire des bougies de petit calibre, mais l'élasticité de ses branches ne permettait pas d'exercer la même action sur des tiges métalliques, telles que des épingles et d'autres corps de même nature. Le brise-pierre à coulisse à branche fenêtrée peut, il est vrai, ployer ces corps, mais par son mécanisme il les ploie de telle sorte que l'anse est tournée en arrière et que les deux bouts dirigés en avant s'enfonceraient dans les parois de la vessie près de son col dans le mouvement d'extraction; c'était l'effet contraire qu'il fallait produire et voici comment j'y suis arrivé.

Extraction des tiges minces et flexibles ployées en double.

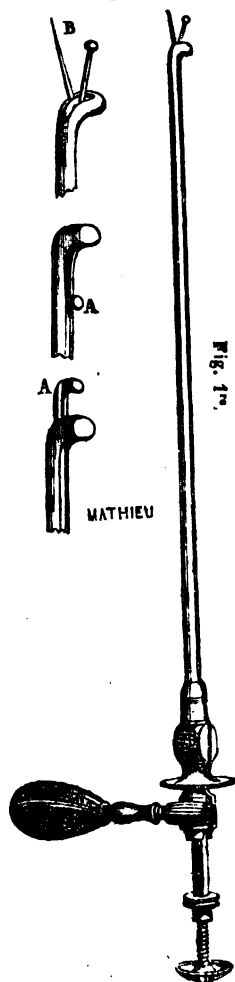
Pour ployer ces tiges en dirigeant en arrière leurs extrémités, il m'a suffi d'élargir la fenêtre de la branche femelle du brise-pierre, assez pour que la branche mâle pût la dépasser de quatre ou cinq centimètres; la tige à extraire est saisie alors non en poussant la branche mâle d'avant en arrière comme pour saisir une pierre, mais en la tirant d'arrière en avant comme pour la faire repasser dans la fenêtre de la branche femelle; la tige pressée contre les bords de cette ouverture se ploie, et les extrémités dirigées en arrière n'opposent plus d'obstacle à sa sortie. J'ai d'abord disposé de la sorte un brise-pierre d'enfant figuré dans le mémoire publié en 1843. Celui-ci saisissait avec facilité, mais la sortie était difficile, la tige ployée devant glisser jusqu'à l'extrémité pour ne pas former un angle avec les branches coudées de l'instrument. J'ai ensuite adapté cette disposition à un petit brise-

pièce urétrale dont l'angle très-court peut parcourir l'urètre comme une sonde droite ; la branche mâle chargée de saisir était devenue par cette brièveté un simple crochet, et la tige coudée se continuant en ligne droite avec ce brise-pierre était amenée à sa suite (fig. 1^{re}).

En 1850 M. le docteur Courty, de Montpellier, ayant à extraire de la vessie une épinglette de fusil, modifia heureusement mon procédé de flexion des tiges métalliques. Son instrument se compose d'une tige d'acier, terminée par un crochet, passé dans un tube droit, de la longueur d'une sonde; une vis fait entrer de force dans le tube, en la ployant, la tige attirée par le crochet. Cet instrument a réussi dans la circonstance pour laquelle il a été imaginé.

Le tube substitué à la branche femelle du brise-pierre, a l'avantage de cacher en entier dans sa cavité la tige ployée en double et de pouvoir même la tirer complètement au dehors, le tube restant en place; c'est donc un perfectionnement.

Cependant cet instrument, de même que mon extracteur en forme de brise-pierre urétral est droit; son introduction a donc les difficultés inhérentes aux sondes droites : de plus, tous les chirurgiens qui ont pratiqué le cathétérisme exploratif savent que l'on sent mieux les corps contenus dans la vessie avec une sonde à petite courbure qu'avec une sonde droite. Empruntant et modifiant à mon tour le perfectionnement de M. Courty, j'ai substitué au tube droit, ouvert à son extrémité vésicale, un tube coudé, à angle obtus, autrement dit une sonde, à l'origine de la courbure de laquelle j'ai fait pratiquer sur la convexité un œil assez large pour laisser sortir et rentrer le crochet qui ramasse, ploie, attire et fait passer en double dans le tube la tige métallique, la bougie, le corps mince et flexible, en un mot, dont il s'agit d'opérer l'ex-

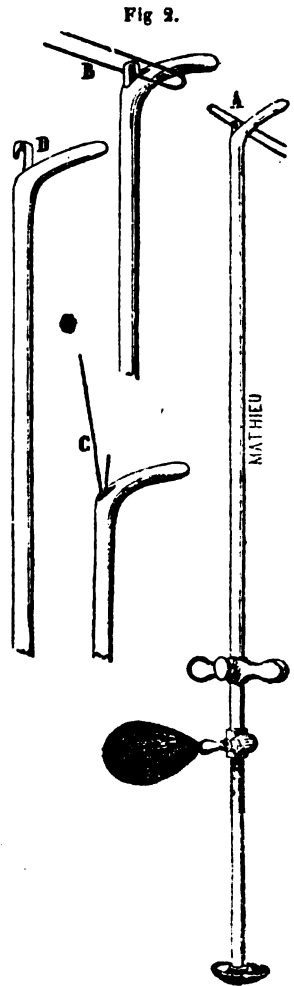


traction (fig. 2^{me}). Le tirage se fait sur le crochet et sur le corps étranger au moyen de la main lorsque le corps est très-flexible, avec un pignon engrenant une crémaillère, une vis ou un levier lorsque la résistance est plus grande.

Pivotement et bascule des corps cylindriques inflexibles.

Les corps trop volumineux pour sortir en double, ou trop résistants pour être ployés, doivent, avons-nous dit, être placés longitudinalement dans la direction de l'urèthre, et s'ils sont saisis par le travers ils doivent pivoter afin d'être placés dans cette direction. Pour opérer ce mouvement, j'ai mis à contribution tous les mécanismes employés à l'extraction des balles, à l'extraction des calculs uréthraux et vésicaux : ainsi l'un de mes instruments est une pince dont les deux branches excavées en gouttière s'écartent et se rapprochent par leur élasticité, comme les tire-balles d'Andréa Della croce, de Féri, comme les pinces uréthrales de Fabricius Hildanus, de Hales, de Hunter, comme mon tritabile. Ici le rapprochement des branches est opéré par un tube ou un anneau. (V. fig. 3-4.) D'autres, comme le scie-pierre de Weiss, comme mon lithomètre, comme le brise-pierre de M. Heurteloup sont formés de deux branches courbes qui s'éloignent ou se rapprochent par glissement. (V. fig. 5-8.) Ces branches sont également excavées en gouttières. La pince à pansement dont j'ai aussi creusé les mors a encore été utilisée pour l'extraction de certains corps introduits dans la vessie des femmes. (V. fig. 6-7).

Le pivotement des corps étrangers que nous supposons d'une forme allongée et d'un diamètre inférieur à celui de l'urèthre par lequel ils sont entrés et leur placement dans la direction de ce canal s'opèrent de différentes manières dans tous ces instruments;



pourtant il y a dans leur mécanisme trois dispositions fondamentales que voici :

Première disposition fondamentale. C'est la coupe oblique de l'extrémité des branches creusées en gouttière et la disposition alterne des renflements qui existent sur les bords de cette même gouttière : double combinaison qui fait que le corps saisi par l'extrémité des branches ou poussé jusqu'auprès de cette extrémité, se trouvant pressé obliquement d'un côté seulement, tourne sur lui-même et vient se loger dans les gouttières qui se rapprochent et enveloppent (V. fig. 3, 4, 6, 7 et 8.) Cette obliquité de la terminaison des deux branches ex-

cavées en gouttière qui, par leur réunion, forment un tube, ce renflement des bords des gouttières sur l'un des côtés des branches vers l'extrémité, cet évasement ou écartement des bords de ces mêmes gouttières du côté opposé, qui ont pour but de faire glisser d'avant en arrière l'une des extrémités du corps à extraire et de favoriser l'enclavement de son autre extrémité dans le mouvement de bascule qu'elle exécute d'arrière en avant (fig. 3 et 4), cette disposition, dis-je, est applicable à toutes les formes de pinces : pince à anneaux ou à pansements ; pince à gaine, droite ; pince à gaine, courbe ; brise-pierres dont les mors se rencontrent d'avant en arrière ; brise-pierres dont les branches s'accolent latéralement ; pinces dont les branches s'écartent et se rapprochent par un mouvement de rotation latéral.

Cette coupe oblique de l'extrémité des gouttières, ces ondulations, évasements et resserrements alternes de leurs bords

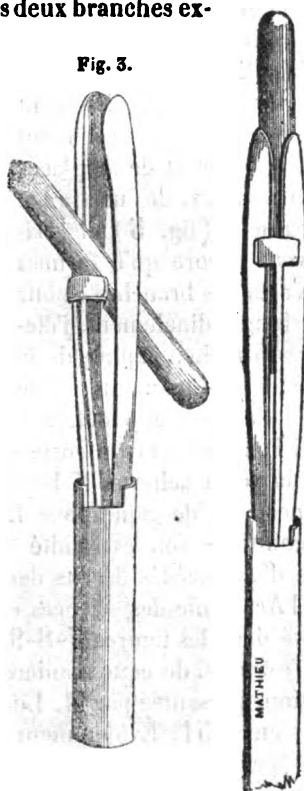


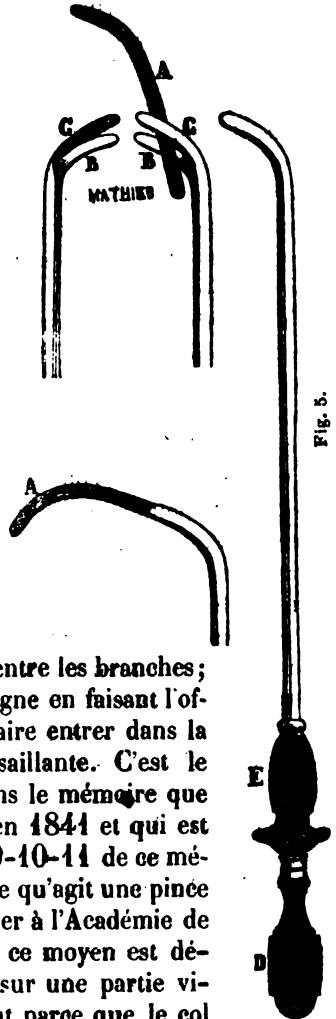
Fig. 3.



Fig. 4.

suffisent presque seuls pour faire basculer et ranger longitudinalement le corps étranger, lorsqu'il est saisi près de l'extrémité de la pince ; mais s'il est pris vers son milieu comment le faire cheminer et glisser jusqu'au bout de l'urèthre ?

Dans mes premières opérations je me servais d'un instrument formé de deux branches glissant à coulisse comme mon lithomètre, comme le brise-pierre, différant en ceci que les branches au lieu de s'affronter d'avant en arrière s'accolent latéralement. Lorsque le corps saisi transversalement par rapport à la direction de l'urèthre avait été forcé par le glissement des branches et leur accolement latéral de pivoter et de se placer parallèlement à l'axe de l'urèthre et de l'instrument (fig. 5), il arrivait souvent encore qu'il formait une croix avec ces branches : pour le placer longitudinalement, j'élevais alors la main, j'appuyais la convexité de l'instrument sur le bas-fond de la vessie et je déterminais ainsi l'engagement du corps entre les branches ; le col de la vessie achevait la besogne en faisant l'office d'anneau ou de gaine pour faire entrer dans la double gouttière son extrémité saillante. C'est le troisième des procédés décrits dans le mémoire que j'ai lu à l'Académie des sciences en 1844 et qui est représenté dans les figures 7-8-9-10-11 de ce mémoire. C'est aussi de cette manière qu'agit une pince à extraction, présentée par M. Luer à l'Académie de médecine en 1851. Évidemment ce moyen est défectueux, parce que la pression sur une partie vivante peut la contondre et surtout parce que le col formant un anneau complet s'oppose au mouvement de bascule ou de pivot et neutralise l'effet de l'obliquité de la coupe terminale des gouttières : aussi cet instrument réussit assez bien lorsque l'on agit sur table, lorsque les yeux dirigeant la main, l'on



saisit à volonté le corps par l'extrémité des branches ; mais il échoue presque constamment lorsque l'on manœuvre à tâtons dans la cavité de la vessie. Il fallait donc trouver un moyen de pousser le corps jusqu'à l'extrémité des branches où il doit pivoter ; pour cela j'ai imaginé un mécanisme qui s'adapte à toutes les formes de pinces et constitue une des dispositions principales des instruments extracteurs.

Deuxième disposition principale. Afin de faire exécuter au corps étranger le mouvement de pivot qui doit le placer dans la direction de l'urèthre, j'ai disposé sur le côté de l'une des gouttières un petit rateau A qui, muni par une tige mince se prolongeant à l'extérieur B, glisse sur une rainure et pousse le fragment de sonde ou tout autre corps étranger cylindrique jusqu'à l'extrémité des branches où la coupe oblique des gouttières l'oblige à pivoter et à se placer longitudinalement (fig. 3-4-6-7).

Dans le but d'assurer davantage encore le mouvement de bascule ou de pivot, j'ai adapté sur quelques instruments deux petits rateaux glissant en sens contraire, l'un poussant d'avant en arrière un

Fig. 6.

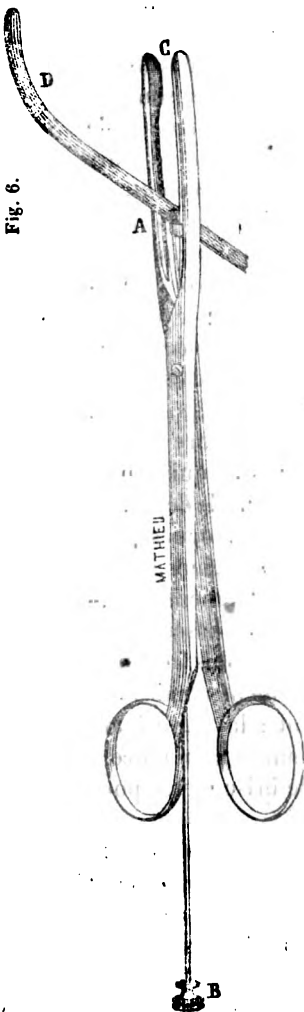
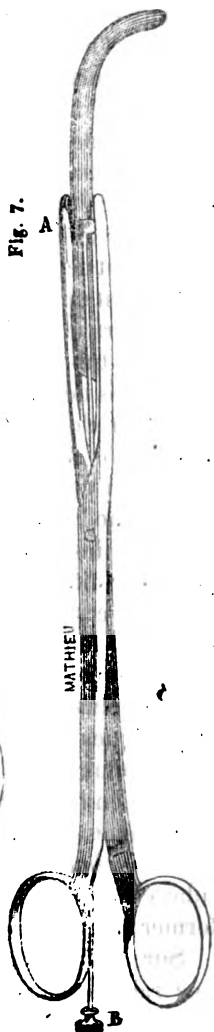


Fig. 7.

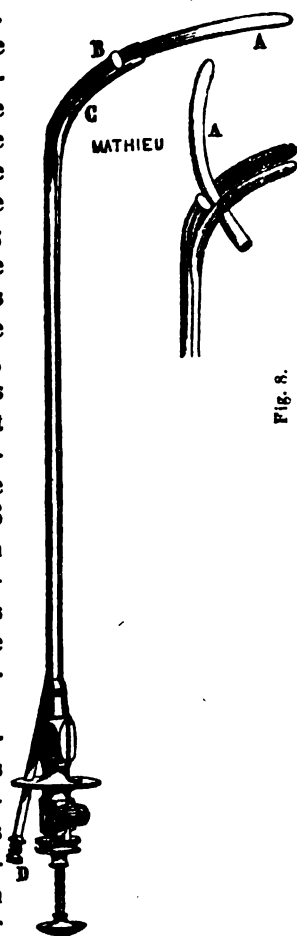


des bouts du corps étranger, l'autre tirant d'arrière en avant son autre extrémité pour l'obliger à se loger entre les gouttières. Ces rateaux je les ai combinés avec toutes les formes de pinces, avec la pince à pansement qui est applicable sur les femmes (fig. 6-7), avec les pinces élastiques à gaine (Fig. 3-4), avec le lithomètre et le brise-pierre à coulisse généralement usité aujourd'hui (B fig. 8), avec une pince formée de deux tubes de grosseur assez inégale pour que l'un soit reçu dans la cavité de l'autre, courbés tous deux vers l'une de leurs extrémités comme des sondes; échancrés dans toute la longueur de cette portion courbe sur celle de leurs faces, par laquelle ils s'accolent, de telle sorte que lorsqu'ils sont écartés, ils forment deux gouttières; rapprochés ils forment un tube. Ce rapprochement et cet écartement s'opèrent par la rotation d'un tube dans l'autre, mécanisme que j'avais déjà mis en usage en 1828 dans l'un de mes lithomètres, et en 1832 dans mon porte-ligature des tumeurs du col de la vessie qui depuis a été le modèle et le point de départ de plusieurs instruments analogues proposés par différents chirurgiens.

Entre ces divers instruments à rateaux qui font pivoter et basculer les corps allongés, deux sont plus fréquemment et plus spécialement applicables et pratiques, ce sont : la pince à anneaux pour les femmes, la pince à coulisse en forme de brise-pierre pour les hommes (fig. 8).

Troisième disposition fondamentale. Elle consiste dans un tube échancré à l'une de ses extrémités, de manière à le transformer en gouttière dans une certaine longueur (fig. 9).

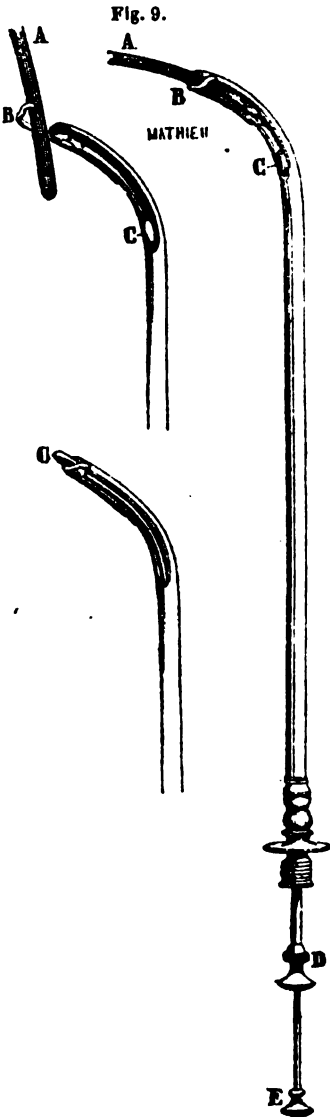
Sur le bord de l'échancrure du tube formant gouttière est une rainure dans laquelle glisse un crochet demi-annulaire B, mis en mouvement par un fil métallique se prolongeant jusqu'à



l'autre extrémité de l'instrument **E**. Cette demi-bague forme avec la gouttière un anneau complet que remplit et transforme en cylindre un enbout métallique **C** pendant le passage dans l'urèthre. Lorsque toute la partie courbe est parvenue dans la vessie, la position du corps étranger est reconnue ; l'enbout est retiré en arrière ; le crochet demi-annulaire est poussé au delà du bord de la gouttière qu'il dépasse de deux centimètres environ : c'est dans cet espace intermédiaire qu'est engagé le fragment de sonde ou toute autre tige plus ou moins cylindrique qu'il s'agit d'extraire ; l'une de ses extrémités est rabattue dans la gouttière par le crochet qui l'y maintient en redescendant au niveau du bord de l'échancrure redevenue ainsi annulaire. Le corps étranger placé dans la direction de l'urèthre suit le mouvement de sortie de l'instrument.

J'ai eu l'occasion de mettre en usage tous les instruments que je viens de décrire ; ainsi avec la pince à anneaux ou à pansements j'ai extrait des vessies de cinq femmes deux passe-lacets, deux épingles à cheveux et un manche de cuillère de moutardier en buis qui a nécessité des manœuvres particulières dont je donnerai plus tard le détail.

Je me suis servi sur une femme et sur deux hommes des instruments qui ploient en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez flexibles et assez minces pour passer en double dans l'urèthre ou dans un tube (fig. 1-2) : des bougies de gomme m'en ont fourni l'occasion sur les hommes, une épingle double sur la femme.



J'ai parlé tout à l'heure d'une épingle de fusil retirée de la vessie d'un soldat par M. Courty, de Montpellier. Une épingle à cheveux double a été aussi extraite de la vessie d'une femme par M. Drouineau, de la Rochelle, au moyen du même procédé.

L'instrument en forme de brise-pierre dont les branches s'accolent latéralement au lieu de s'affronter directement, qui par ce mécanisme fait pivoter sur elle-même la tige étrangère et la place longitudinalement, m'a servi à extraire de la vessie de deux hommes des fragments de sonde et de bougie, en gomme et en gutta-percha. L'une de ces extractions, qui a eu lieu en présence de M. le docteur Lamouroux, a été relatée dans la circulaire de M. Cabirol, fabricant de sondes de gutta-percha. M. Chassaignac a réussi avec le même instrument à retirer un morceau de sonde de gomme rompue dans la vessie d'un homme admis dans l'une des salles de chirurgie de l'hôpital St.-Antoine ; le fait communiqué par lui à la Société de chirurgie, a été publié dans les journaux de médecine.

Dans sa narration, l'habile chirurgien ayant fait observer que par hasard le fragment de sonde avait heureusement été saisi par son extrémité, quelques personnes en ont conclu que l'extraction aurait pu être faite au moyen d'un brise-pierre ordinaire, qui aurait saisi de la même manière. Cette remarque est juste pour ce cas et quelques autres ; j'ai moi-même avec des brise-pierres ou des pinces à trois branches extrait de plusieurs vessies des fragments de sonde, un cylindre de liège, des lanières de peau de gant ; ces opérations ont eu pour témoins MM. Chelius fils, Walther fils, Cardillac, Dubouchet, Rochard. Le brise-pierre avait par hasard saisi l'une des extrémité de ces corps, et par hasard aussi à peu près dans le sens de leur longueur, en sorte que n'écartant pas excessivement les mors de l'instrument, n'ajoutant pas trop à son volume, ne faisant pas avec lui d'angle prononcé, l'extraction a pu être opérée sans trop de difficulté. Je suis donc le premier à reconnaître et à dire que l'on peut commencer par essayer l'extraction avec un brise-pierre ou telle autre pince qui se trouve entre les mains de beaucoup de chirurgiens avant d'en venir à l'emploi des instruments spéciaux que j'ai imaginés : il est malheureusement probable que les occasions d'appliquer ceux-ci seront encore assez fréquentes pour qu'ils ne soient pas sans importance dans l'arsenal et dans la pratique de la chirurgie. J'en citerai comme preuve deux faits qui serviront en même temps à démontrer l'utilité du mécanisme

que j'ai présenté comme l'une des trois dispositions fondamentales des instruments extracteurs : je veux parler du tube échan-cré en gouttière, dans laquelle un crochet demi-annulaire fait basculer le corps étranger, l'y couche et l'y maintient, instru-ment représenté dans la figure 9.

Le général B.... avait un rétrécissement de l'urèthre pour lequel des traitements par la dilatation et la cautérisation avaient été faits il y a quelques années sans parvenir à l'effacer complétement : pour maintenir son canal ouvert, le général passait de temps en temps des bougies et il se servait de préférence d'une bougie de gutta-percha inégalement conique par les deux extrémités ; il introduisait d'abord le bout le plus mince, puis après quelques minutes il la retirait et substituait le cône plus volumineux. Un jour, il y a de cela cinq mois environ, la grosse extrémité se rompit et un fragment d'une longueur de onze centimètres à peu près resta dans le canal et tomba dans la vessie. Un de mes honorables confrères en urologie fut appelé; il pensa que le morcellement de ce fragment de bougie serait plus facilement opéré que son extraction dans un état d'intégrité, car ses tentatives ont été dirigées vers ce but ; il parvint, en effet, au moyen d'une sorte de brise-pierre disposé *ad hoc* à en détacher quelques portions, deux centimètres environ, mais ce résultat n'avait été obtenu qu'au prix *d'une quarantaine de tentatives*.

Des doutes s'élevèrent dans l'esprit de mon confrère sur l'opportunité de la continuation de ces tentatives, car la vessie commençait à se fatiguer. On songeait à l'opération de la taille, mais il fut arrêté qu'auparavant je serais appelé pour voir s'il ne serait pas possible de l'éviter au moyen de l'un de mes instruments extracteurs. Je vis le malade en consultation avec le chirurgien que j'ai désigné et M. le professeur Gavarret; je pensai que l'extraction pouvait être faite, mais non avec les instruments actuellement connus. J'imaginai extemporanément une modification à l'un de mes anciens instruments qui me paraissait devoir mieux remplir les conditions et je la fis immédiatement exécuter par M. Mathieu. Cependant l'impatience du général était telle qu'il ne voulait pas attendre l'achèvement de ce nouvel appareil et qu'il exigea que je fisse une tentative avec la pince rotatoire qui m'avait réussi à l'Hôtel Dieu dans un cas semblable ; je cédai à ses sollicitations mais sans résultat satisfaisant. Je fus plus heureux avec le nouvel instrument, car dès la première application que j'en fis, le fragment de bougie couché longitudinalement dans

la gouttière, fut amené dans l'urèthre jusqu'au bulbe. Là l'incrustation commençante (le séjour dans la vessie avait duré trois mois et quatre jours) rencontra le rétrécissement qui opposa une résistance assez forte à la sortie : dans l'effort que je fis pour la faire passer, elle échappa, mais son extrémité étant déjà dans la cavité du bulbe, il me fut facile d'aller la saisir avec une petite pince uréthrale à trois branches et de l'amener au dehors.

Je place sous les yeux de l'Académie le fragment de bougie, qui a huit centimètres de long et sept millimètres de diamètre.

M. G..., docteur en médecine, à Chatillon sur Seine, fut affecté de la pierre en 1846. Il se confia aux soins de M. Civiale qui, dans son traité de la lithotritie publié en 1847 résume dans les termes suivants, page 136, l'histoire de l'opération de lithotritie qu'il a pratiquée : « Organes très-irritables ; souffrances anciennes ; opérations douloureuses ; expulsion lente et pénible des débris ; convalescence longue. »

Voici le complément de l'observation : La difficulté d'expulser les débris de la pierre eut aussi lieu pour l'urine, et après l'opération, la rétention était presque complète. M. G... fut alors obligé de vider artificiellement sa vessie au moyen d'une sonde. Trois ans après une autre pierre s'étant formée, une seconde opération fut pratiquée par M. Civiale qui la déclara terminée, après deux explorations négatives faites à un mois de distance l'une de l'autre. Cependant le docteur G... éprouvait encore de la douleur et conservait des doutes sur l'extraction totale des corps étrangers. Avant de partir pour Aix en Savoie où l'envoyait M. Civiale, il désira que je le sondasse ; je le fis en présence de M. le docteur Gaudet, médecin des bains de Dieppe : les sensations du malade ne l'avaient pas trompé, il restait, en effet, dans sa vessie un fragment de pierre que je broyai immédiatement et dont je fis l'extraction avec le brise-pierre évacuateur ; j'en ramenai trois pleines cuillerées. M. G... cessa de souffrir ; ses besoins d'uriner s'éloignèrent, et pendant quinze mois aucun symptôme ne put faire soupçonner la présence d'un corps étranger dans la vessie. Après avoir extrait la pierre, j'avais proposé à notre confrère d'essayer de le délivrer de sa rétention d'urine en incisant ou excisant au besoin le bourrelet prostatique formant barrière à l'urine, mais il ne goûta pas cette proposition. Il préféra, pour le moment du moins, continuer à vider artificiellement sa vessie. J'avais remarqué que M. G... se servait pour cela de sondes de gutta-percha sur la recomman-

dation, me dit-il, de M. Civiale. Je lui signalai les dangers de cette substance et je lui rapportai plusieurs cas de ruptures de sondes et de bougies dont j'avais fait l'extraction ; il me promit de suivre mon conseil et il le suivit, en effet, jusqu'au mois d'août 1853 ; mais à cette époque, rentrant chez lui fatigué d'un long voyage, forcé dans la nuit de satisfaire au besoin d'uriner, incomplètement éveillé, il se trompa de sonde, en prit une de gutta-percha qu'il introduisit facilement et avec laquelle il évacua l'urine, mais quand il la retira il n'en amena que la moitié, l'autre était restée dans la vessie et dans l'urèthre. M. G... monta aussitôt en chemin de fer et parcourut sans trop de fatigue ni de douleur les soixante lieues qui le séparaient de Paris ; seulement l'urine coulait goutte à goutte sans interruption, et cette incontinence tout en l'incommodant lui donnait la satisfaction de penser que le bout de la sonde était encore dans le canal et qu'il serait plus facile de l'y saisir que dans la vessie. Aussitôt arrivé M. G... me fit prier de venir le voir ; je me rendis près de lui et je trouvai les choses dans l'état qu'il supposait, c'est-à-dire que je rencontrai à la hauteur du bulbe l'extrémité rompue de la sonde ; il me fut très-facile de la saisir avec une petite pince uréthrale à trois branches ; mais elle ne vint pas en entier, tant sa friabilité était grande ; elle se rompit au niveau du col et une portion longue de dix centimètres environ demeura dans la vessie. Je pris alors l'extracteur à crochet demi-annulaire (fig. 9) dont je m'étais servi pour le général B..., dont j'ai raconté l'histoire tout à l'heure, et du premier coup, sans tâtonnement, j'accrochai la sonde ; je la fis basculer dans la gouttière et je l'amenai au dehors en présence de M. Baüms, professeur de chirurgie à l'université de Göttingue.

Cependant, je n'avais pas encore la totalité de la sonde, le cône de son extrémité vésicale manquait ; j'introduisis un brise-pierre à cuillère et je saisis immédiatement un fragment qui se trouva précisément être la portion désirée.

Je fis encore une exploration avec le brise-pierre, qui, je l'avoue, ne me fit rien sentir cette fois ; il est vrai que la vessie fatiguée et contractée ne me permit pas de la faire bien complète. Une autre raison d'ailleurs me détournait de la pousser plus loin ; nous venions de rapprocher les uns des autres les divers tronçons de la sonde et nous les avions trouvés égaux en longueur à une autre sonde de gutta-percha, en tout semblable au dire de l'opéré. M. G... était impatient de retourner chez lui où l'ap

pelaient des affaires urgentes; et malgré mes observations et mes instances il quitta Paris le lendemain. Un mois après il commença à croire qu'il avait eu tort; les besoins d'uriner se rapprochaient; l'urine devint muqueuse, parfois sanguinolente; les douleurs allèrent croissant, il semblait même à M. G... que sa sonde de gomme lui donnait à la main la sensation d'un grattement produit par un corps dur; il prit la résolution de revenir à Paris, et il la mit à exécution le 20 octobre. Je rencontrai tout d'abord avec la sonde d'argent un corps dur, car la concrétion lithique s'était faite avec une grande promptitude, ainsi que cela arrive d'ordinaire dans les vessies qui ont été le siège d'une longue inflammation : je saisis ce corps avec un brise-pierre; l'écorce pierreuse s'écrasa sous sa pression et le rapprochement des mors étant presque complet, j'exécutai un mouvement d'extraction. Sa sortie s'opéra jusqu'au bulbe sans difficulté; là j'éprouvai de la résistance, mais après deux minutes de traction modérée, ce point (le plus étroit de l'urèthre sur un certain nombre de sujets) fut franchi et j'amenai au dehors un fragment de sonde de quatre centimètres de longueur, encroûté d'une couche de phosphate ammoniaco-magnésien de deux millimètres de circonférence qui doublait le volume de la sonde. Celle-ci, par un heureux hasard, avait été saisie par son extrémité entre les branches du brise-pierre et dans le sens de sa longueur. Des parcelles de sonde et de pierre furent ensuite saisies et extraites par le brise-pierre à cuillères. Deux jours après, je fis une exploration négative, et M. G... est reparti, ajournant au printemps l'opération qui, j'espère, lui rendra la faculté d'expulser complètement son urine.

L'on voit par les faits que je viens de raconter, dans quelle proportion se trouvent les sondes et les bougies de gutta-percha. Cette substance a rendu en effet beaucoup plus fréquents, les cas de rupture et par conséquent d'extraction; j'en ai compté pour ma seule part, cinq depuis le commencement de cette année. L'absence d'un tissu qui donne de la consistance et de la continuité, n'est pas la seule cause de friabilité; il est une autre circonstance que j'ai signalée à l'Académie des sciences de France et sur laquelle je crois nécessaire d'insister, c'est qu'il y a dans le commerce des guttas-perchas qui subissent après un temps assez court, quelques mois par exemple, une altération qui les rend aussi friables que le bois le plus léger ou la stéarine. Cela tient-il au mélange de substances résineuses dont la présence

ne peut être reconnue par le fabricant ? Je l'ignore ; toujours est-il que, parmi les sondes et les bougies qui m'ont été livrées en même temps, provenant de la même fabrique, les unes ont conservé leur souplesse et leur ténacité, tandis que les autres sont devenues cassantes. Dans l'impossibilité où l'on est de distinguer les unes des autres, le plus sage, il me semble est de les proscrire, et surtout de ne pas les confier aux malades. Je pense qu'il est d'autant plus urgent de publier ces faits et ces observations, qu'un rapport très-favorable à la gutta-percha a été fait à l'Académie de médecine de Paris, un peu prématurément sans doute, tandis que tant d'autres travaux plus scientifiques attendent vainement leur tour depuis des années.

Encore une remarque au sujet de la gutta-percha qui n'est pas sans importance : cette substance, à cause de sa légèreté, surnage dans l'urine ou dans le liquide injecté, en sorte que c'est en haut, vers le sommet de la vessie que se trouvent les fragments de sondes et qu'il faut aller les saisir. Cette circonstance explique la facilité avec laquelle ce temps de l'opération a été accompli par l'instrument à crochet annulaire et à gouttière (fig. 9).

Division préalable de certains corps étrangers.

Il y a des corps qui, à cause de leur nature ou de leur longueur ne peuvent exécuter le mouvement de bascule ou de pivot qui doit les placer dans la direction de l'urèthre. Le manche de cuillère de moutardier en buis dont j'ai parlé dans l'énumération des corps que j'ai extraits, se trouvait dans ce cas. Voici en peu de mots la narration de ces faits :

La personne qui fait le sujet de cette observation était jeune et venait de sevrer son premier enfant lorsqu'elle eut le singulier caprice d'introduire dans son urèthre le manche en buis d'une cuillère de moutardier rompue au niveau de la cuillère ; cette tige échappa de ses doigts et tomba dans la vessie.

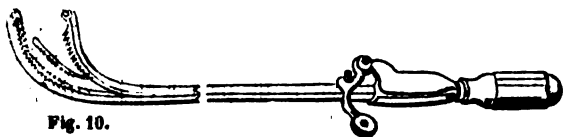


Fig. 10.

M. le docteur Aussandon, auquel cette personne s'était adressée d'abord, ayant fait des tentatives infructueuses, me l'amena. Le corps était placé transversalement et par conséquent pouvait

être facilement saisi par le milieu avec des pinces à pansement ; je suivis sa continuité jusqu'à l'une de ses extrémités que je m'efforçai d'amener à l'orifice de l'urèthre, mais elle était tellement enclavée, qu'avant d'y réussir j'aurais déchiré les parois de la vessie. Je pris alors un brise-pierre à doubles cuillères, entre lesquelles est une sorte de couteau coudé qui coupe par percussion, je divisai le cylindre de buis par le milieu ; après quoi, il me fut facile de saisir l'un après l'autre les fragments au moyen des pinces à anneaux et de les extraire. M. le docteur Muter, de Philadelphie, était aussi présent à cette opération. On pourrait encore dans une semblable circonstance faire usage du scie-pierre imaginé par Weiss, coutelier de Londres, avant que j'eusse fait connaître mon lithomètre, et à plus forte raison avant le percuteur de M. Heurteloup ; ce scie-pierre est représenté dans la fig. 10.

J'ai décrit dans mon recueil de mémoires, publié en 1845, l'instrument à lame tranchante, par percussion, mais je l'avais imaginé et appliqué dès l'année 1835 à l'Hôtel-Dieu, pour diviser et extraire un éclat de bois qui, dans une chute d'un échafaudage, avait pénétré jusqu'à la vessie par le périnée et était devenu le noyau d'une pierre. J'ai publié le fait dans mon *Traité de lithotritie*, imprimé en 1836.

Les corps qui pénètrent dans la vessie par d'autres voies que l'urèthre, n'ont pas nécessairement comme ceux qui sont entrés par ce canal une forme allongée ; ils peuvent avoir une forme et un volume tels qu'il faille les morceler pour les extraire. Le morceau de bois dont je viens de parler en est un exemple ; nos discordes civiles m'en ont fourni deux autres en février et juin 1848. Parmi les blessés de ces époques, il s'en est trouvé deux dont le bassin a été traversé par des balles qui ont détaché des esquilles sur leur passage et les ont poussées dans la vessie où elles n'ont pas tardé à s'encroûter de matière lithique. Les concrétions pierreuses ont été facilement écrasées, mais la substance osseuse résistait au brise-pierre ordinaire et son irrégularité s'opposait à sa sortie : j'ai divisé ces portions osseuses avec le brise-pierre à lame tranchante dont je viens de parler et je suis parvenu à débarrasser complètement les deux vessies des corps étrangers. L'une de ces opérations a été pratiquée à l'ambulance établie dans le palais des Tuileries : elle a eu pour témoin M. Richet qui partageait avec moi les fonctions de chirurgien et MM. les docteurs Ratier, Furnari, Maitre, etc. ; l'autre a eu lieu chez le

malade avec la coopération de M. le docteur Chanon, son médecin habituel.

Sur ces deux sujets les ouvertures faites par les balles devinrent fistuleuses pour quelque temps. Sur l'un d'eux elles se fermèrent promptement; leur occlusion était même complète lorsque je fis l'opération; celui-ci jouit aujourd'hui d'une santé parfaite. La fistule du second persista jusqu'à sa mort, qui eut lieu l'année dernière à l'hôpital Beaujon, par suite d'une maladie de poitrine. L'autopsie n'a fait découvrir dans sa vessie aucun vestige du corps étranger.

Il arrive parfois que les corps étrangers de forme allongée, d'un diamètre inférieur à celui de l'urèthre s'engagent spontanément dans ce canal; les uns le parcourent dans toute son étendue et s'échappent au dehors; les autres s'arrêtent dans un point de sa longueur, particulièrement lorsqu'il existe un rétrécissement. J'en citerai brièvement quelques exemples. M. D... avait dans son urèthre des rétrécissements fibreux qui avaient résisté à la dilatation et même à l'incision. Pour empêcher le canal de se fermer, il passait des bougies dont il augmentait graduellement le calibre, en les faisant succéder l'une à l'autre et laissant séjourner chacune d'elles pendant cinq minutes; il renouvelait cette introduction tous les huit jours et se servait habituellement de bougies de gomme; mais un jour qu'il avait pris par mégarde une bougie de gutta-percha, elle se rompit en la retirant et il resta dans la vessie un bout de huit centimètres de long. Appelé immédiatement, je reconnus avec une sonde à petite courbure la situation du corps étranger, je le saisis avec un extracteur en forme de brise-pierre muni d'un rateau (fig. 8) qui fit exécuter le mouvement de bascule, et j'en amenai au dehors la moitié seulement, l'autre resta dans la vessie; treize jours après, ce fragment fut expulsé spontanément avec un flot d'urine.

J'ai extrait tout récemment sur M. H..., client de M. Colineau, membre de l'Académie de médecine, une bougie qui, après un séjour de trois mois dans la vessie, s'était engagée dans l'urèthre par son extrémité, mais de trois centimètres seulement; j'allai la saisir dans la région prostatique avec un petit brise-pierre uréthral, mais il fallait lui faire franchir un rétrécissement, et comme elle avait triplé de volume par une incrustation pierreuse pendant son séjour dans l'urine, son passage ne put s'opérer que par le dépouillement de son enveloppe, ce qui n'eut lieu qu'au moyen d'une traction modérée continuée pendant un quart d'heure; de

cette écorce lithique demeurée dans l'urèthre, derrière le rétrécissement, une partie fut expulsée par l'urine, une autre fut extraite avec les pinces uréthrales.

Je pratiquais il y a dix ans une opération de lithotritie sur un jeune homme, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Nelaton, aujourd'hui professeur à la Faculté de Médecine; la pierre formée d'oxalate de chaux était fort dure, et comme elle résistait à la pression, j'employai la percussion avec le marteau à détente; l'étroitesse de l'urèthre avait nécessité l'emploi d'un brise-pierre de petit volume, la pierre avait été rompue dans une première séance et plusieurs morceaux avaient été écrasés. Mais dans la seconde séance la branche mâle du même instrument se rompit dans le coude et tomba dans la vessie; il n'y eut point d'inflammation et l'opération fut continuée; plusieurs fois le mors détaché se trouva saisi au lieu de morceaux de pierre entre les branches du brise-pierre, ce dont je m'apercevais aussitôt par la résistance et par le choc. Cependant je n'attendis pas la trituration et l'expulsion de la totalité des débris de la pierre pour tenter l'extraction du morceau d'acier; j'essayai le magnétisme; un cylindre de huit millimètres fortement aimanté n'ayant pas eu assez de force d'adhérence pour l'engager dans le col, je songeai à l'électro-magnétisme. Déjà une batterie de piles de Buntzen était disposée ainsi que la bobine enroulée d'un millier de circonvolutions de fil conducteur, au centre de laquelle une tige de fer cylindrique ayant la forme d'une sonde devait passer pour devenir un électro-aimant. Avant de l'introduire, nous voulûmes, M. Nelaton et moi, reconnaître avec une sonde d'argent la situation du morceau de métal. Mais elle ne pénétra pas bien avant pour le rencontrer; il s'était engagé dans l'urèthre et s'était avancé jusqu'à six centimètres, deux pouces environ, de l'orifice de l'urèthre où il fut facile de le saisir avec des pinces.

Un chirurgien qui publie tous ses succès et dissimule la moitié de ses revers comme le reproche lui en a été fait dans un rapport à l'Académie des sciences, a rassemblé tous les cas de rupture d'instruments de lithotritie qui sont venus à sa connaissance, deversant le blâme sur les opérateurs; mais il n'a pas parlé des accidents du même genre qui lui sont personnels et qui n'ont pas toujours été réparés si facilement et si heureusement que celui-ci. Je ne les rappelle que pour engager ce chirurgien à renoncer à ses habitudes de dénigrement à l'égard de ses rivaux.

L'électro-magnétisme n'a pas été mis en usage dans cette

circonstance à cause de la sortie spontanée du fragment d'acier. Mais je suis fondé à croire que j'eusse réussi par ce moyen à l'amener dans l'urèthre où une fois engagé il m'eût été facile de le saisir par son extrémité avec des pinces et de l'extraire : peut-être même eût-il parcouru toute la longueur du canal par la seule adhérence au barreau. Il est vrai que pour cela il faut une batterie de trente à quarante éléments et une bobine enroulée de fils conducteurs d'un volume proportionné. Il est bon aussi de pratiquer une excavation à la pointe du cylindre de fer formant cathéter, afin que le bout du fragment d'acier puisse s'y loger et qu'il n'en soit pas détaché par la pression du col de la vessie et des parois de l'urèthre, car l'on sait que les corps métalliques attirés par le barreau aimanté, glissent facilement jusqu'à son extrémité où l'adhérence est plus forte.

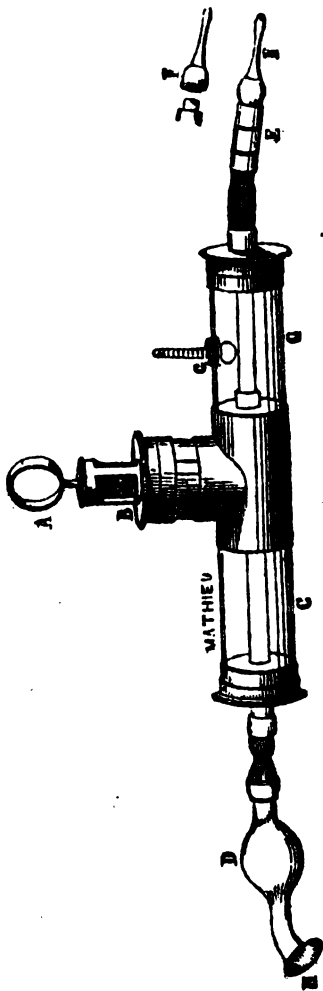
Il me resterait, pour compléter ce sujet, à parler de l'extraction des corps arrêtés ou introduits dans l'urèthre; mais je me trouverais entraîné au delà des bornes d'un mémoire académique, peut-être déjà dépassées; je me propose d'en faire l'objet d'une autre communication.

2. Appareil pour la transfusion du sang.

Après la lecture du Mémoire qu'on vient de lire, M. Leroy d'Étiolles a communiqué à l'Académie, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, un appareil destiné à faciliter la transfusion du sang et surtout à prévenir la coagulation de ce liquide; c'est un système de tubes de verres unis entre eux par des viroles de caoutchouc qui donnent aux deux extrémités une flexibilité suffisante pour qu'elles s'adaptent aux bras de celui qui fournit le sang et de celui qui le reçoit. L'une est terminée par un évasement en verre en forme de suçoir, H, qui s'applique sur l'ouverture faite à la veine, l'autre par une canule fine en ivoire qui s'introduit dans la veine. L'aspiration et l'injection se font au moyen d'un petit corps de pompe en verre, B, dont le piston, A, n'a qu'une course très-courte; deux clapets renfermés dans des rondelles d'ivoire règlent le passage du sang et empêchent son reflux. Le tout est enveloppé d'un tube de verre, épais, C, C, dans lequel on introduit de l'eau tiède dont un petit thermomètre, G, indique la température (voir la fig. p. 260). Il est superflu de recommander de prendre les précautions nécessaires pour ne

pas introduire de l'air dans la veine et de ne commencer l'injection que lorsque les tubes et le petit corps de pompe sont remplis de sang.

M. Mathieu, ajoute M. Leroy d'Étiolles, n'a pas eu à se préoccuper de la question de la transfusion en elle-même et de son importance comme moyen thérapeutique; il n'a prétendu qu'obvier à la plus grande des difficultés, à un danger même, signalé par tous ceux qui se sont occupés de cette question, au nombre desquels est M. Leroy d'Étiolles lui-même qui a consigné ses expériences dans son *Recueil de mémoires*, p. 20. L'appareil imaginé et construit par M. Mathieu, paraît combiné de manière à remplir parfaitement son but, et si la transfusion acquiert une importance thérapeutique il deviendra indispensable à son application.



3. *Un mot sur le choléra qui règne en Russie*; par M. le professeur EVERARD, membre honoraire, médecin de S. M. le Roi des Pays-Bas et de la Reine-Mère (1).

La réapparition probable du choléra dans nos contrées, m'a donné l'idée de recueillir quelques notes sur la maladie qui règne en ce moment dans les deux grandes capitales de toutes les Russies et dans un grand nombre de localités importantes.

Cette nouvelle épidémie marche en sens inverse de ses premières invasions, elle se dirige vers l'Orient d'où elle était venue dans les années 1830 et 1847.

C'est le 3 octobre de l'année dernière que le choléra a reparu à Saint-Petersbourg, et il n'a pas cessé d'étendre graduellement ses ravages vers les différentes provinces de ce vaste empire.

Aujourd'hui, dans ce pays, les médecins et les populations regardent avec calme le fléau dévastateur; cette circonstance importante donne une plus grande facilité d'étudier l'épidémie nouvelle et les moyens de la combattre.

On commence à sentir la nécessité de s'occuper plus spécialement du traitement et de chercher avec moins d'activité les causes occultes du choléra; en effet, connaît-on maintenant celles des différentes épidémies qui apparaissent de loin en loin? La rougeole, la scarlatine qui nous sont si familières, restent enveloppées d'un voile impénétrable. Le médecin et le malade font trêve de questions sur la cause du choléra, et tous les esprits sages dirigent leurs efforts vers le meilleur traitement.

C'est dans cette seule idée, que j'ai mis à profit un séjour de près de deux mois et demi aux portes de la capitale de toutes les Russies. J'ai vu et visité les hôpitaux destinés aux cholériques, et suivi le traitement employé dans les divers établissements. Les médecins qui les dirigent avec autant de zèle que de science, se sont empressés de me donner tous les renseignements désirés.

Depuis que le premier cas de choléra s'est montré à Saint-Petersbourg, il a continué de régner dans cette ville, et déjà le nombre des personnes qui en ont été atteintes, s'élève à plus de treize mille.

(1) Cette notice a été écrite sur les lieux où règne le choléra et terminée le 29 août 1853.

La variété des saisons a eu peu d'influence sur son développement, et pendant les mois où le froid est le plus intense, il n'a point cessé de faire des victimes.

Cependant, c'est dans le mois de juillet que le plus grand nombre de cas s'est fait remarquer ; il a alors atteint le chiffre de cent quarante par jour. Cela n'a rien qui doive étonner, c'est le moment où les ouvriers affluent dans la ville pour les grands travaux ; c'est aussi la saison des plaisirs et des excès qui s'en suivent.

Saint-Pétersbourg est bâti sur un terrain marécageux et ce même terrain s'étend à plusieurs lieues de la ville. Les fièvres intermittentes y sont nombreuses, et surtout pendant le cours de cette année.

Non loin de la capitale se trouvent deux camps, dont le nombre de troupes de toute arme monte à cent mille hommes ; l'épidémie a pénétré dans ces deux grands établissements ; des hôpitaux temporaires ont été construits pour recevoir les cholériques.

C'est dans les hôpitaux du premier camp, à Crasno-Celo, que j'ai eu plus particulièrement occasion d'observer cette maladie et les moyens qui ont été employés pour la combattre. Le deuxième camp est situé à quelque distance du premier, à Gatchina.

CHAPITRE II.

Marche du choléra dans ses trois invasions en Russie.

Ayant séjourné dix jours à Moscou, j'ai eu l'avantage de faire la connaissance du savant professeur de clinique de la Faculté de médecine de cette ville, M. le docteur Auvert. Je vais reproduire les renseignements qu'il m'a donnés sur le choléra dans ses trois apparitions. Cela touche un peu à la question si longtemps et si inutilement agitée, de la contagion du choléra. Cependant, je ne veux point la soulever de nouveau ; je livre ces faits à titre de renseignements.

C'est M. Auvert qui parle :

« L'épidémie qui a dévasté Moscou en 1830, 1847 et 1853 présente les particularités suivantes quant à sa marche progressive.

« En 1830 et 1847, l'épidémie venant de Perse, arrive à Moscou en premier et plus tard à Saint-Pétersbourg.

« Par contre, en 1853, le choléra marchant en sens inverse, c'est Pétersbourg qui reçoit le premier cas de choléra et Moscou ressent plus tard le contre-coup.

« En 1830 le choléra arrivant de Perse sur Moscou par la route de Nigni-Nowgorod, les premiers malades de la ville furent observés dans le quartier n° XI, quartier qui sert de débarcadère aux arrivages de Nigni-Nowgorod.

« En 1847, la maladie venant encore de Perse, mais suivant la route de Woronége, les premiers atteints du mal, furent ceux du quartier n° XII, partie de la ville où conduit le chemin de Woronége.

« En 1853, l'épidémie cheminant de Saint-Pétersbourg, les premiers malades venant de ce lieu en chemin de fer, furent admis à l'hospice des ouvriers, situé dans le quartier n° XVI, le 10 janvier 1853.

« Le foyer du mal s'établit au sein de l'hospice des ouvriers ; quatorze individus y succombent et la maladie passe bientôt dans les rues voisines ; dès lors la maladie envahit successivement les quartiers limitrophes, n° XV, XIV et XIII.

« Le 11 mars eut lieu l'incendie du grand théâtre à Moscou ; un bataillon caserné dans le quartier n° XIII fut requis sur les lieux du sinistre ; dans la même nuit dix-sept individus furent attaqués du mal ; les jours suivants le nombre des victimes augmenta considérablement, et c'est de ce moment que tous les quartiers de la ville furent envahis et les hôpitaux encombrés. »

Le nombre d'individus déjà atteints dans Moscou s'élevait à la date du 6 août, à cinq mille.

Je ne puis parler de Moscou, sans remercier messieurs les médecins en chef des grands hôpitaux civils et militaires de cette ville, de leur extrême obligeance à me renseigner sur tout ce qui avait trait à cette épidémie. J'adresse les mêmes remerciements aux médecins de Saint-Pétersbourg et particulièrement à M. Arend et à M. Pelikan, médecin en chef des armées Russes, dont le mérite n'est pas moins grand que son obligeance. Il m'est bien agréable d'ajouter que ces messieurs, tant de Moscou que de Pétersbourg, rendant justice à un de nos compatriotes, à notre digne collègue M. Seutin, se complaisent à vulgariser l'application du bandage amidonné.

CHAPITRE III.

Caractère et formes du choléra pendant cette troisième invasion.

Le choléra est essentiellement le même quant à sa nature et à ses formes caractéristiques, mais il offre ceci de particulier, que là où il a paru plusieurs fois, il frappe un plus petit nombre d'habitants et qu'il revêt bien plus rarement les formes du choléra sec ou foudroyant.

On pourrait peut-être croire que l'épidémie ou ses causes occultes sont moins toxiques et par conséquent beaucoup moins actives ; sans rejeter complètement cette idée, je crois que l'on peut facilement admettre d'autres raisons de cette diminution dans le nombre de cas.

Lorsque le choléra parut pour la première fois en Russie, il était précédé d'une terreur panique ; chaque ville où il n'avait point encore pénétré, se préparait à cette redoutable visite, comme on se prépare au supplice, l'effroi était partout.

Aujourd'hui, en Russie, soit déjà l'habitude du danger, soit que le calcul est venu deux fois apprendre aux populations effrayées, que la mortalité, au bout de l'année, n'est point sensiblement plus grande qu'en temps ordinaire, soit enfin que le peuple sait mieux tout l'intérêt que le Gouvernement impérial (1) met à le secourir, toujours est-il que les habitants sont restés calmes à la nouvelle de cette troisième apparition.

Cette situation morale rend parfaitement compte de la diminution du nombre de cas de choléra et de la moindre fréquence des cas foudroyants.

Les réflexions que nous venons de faire, trouveront infailliblement leur application dans les contrées où le choléra a sévi ou sévira pour la première fois, et elles le seront également relativement à la diminution du nombre de malades, lorsque le choléra reparaitra pour la troisième et quatrième fois, car il ne répandra plus ces grandes alarmes qui l'ont tant de fois précédé (2).

C'est donc bien à tort que l'on répand dans le peuple ces avis imprimés indiquant les précautions à prendre à cause de l'arri-

(1) Je dois à la vérité de dire que je me suis convaincu que le Gouvernement russe est au premier rang de tous ceux qui veillent au bien-être du soldat et des populations.

(2) Qui de nous ne se rappelle les frayeurs que l'arrivée du choléra jeta dans les populations ? Les uns se couvraient d'emplâtres, les autres n'osaient quitter leur domicile, etc., etc.

vée prochaine du choléra. Que le pouvoir, assisté d'un comité médical prépare, en silence, les secours et les moyens de construire des hôpitaux temporaires, afin de ne jamais laisser de foyer à la maladie, toujours à prévoir dans les rues étroites et populeuses, voilà ce qu'il faut.

En Russie, par ordre du Gouvernement, chaque hôpital civil ou militaire est tenu de recevoir instantanément toute personne, *homme ou femme*, qui est frappée subitement de l'épidémie dans le voisinage, bien entendu si elle en réclame l'entrée. Cette mesure est éminemment salubre pour les classes pauvres. Elle empêche la formation des foyers et éloigne les effets de la peur que produit dans une famille la vue d'un cholérique. Rien ne dispose à contracter une maladie régnante, autant que la frayeur ; on sait qu'elle peut à elle seule occasionner une attaque d'hydrophobie, sans qu'aucune cause de contagion ait pu y donner lieu. Avec quel soin n'écarte-t-on pas des yeux de la foule et surtout des enfants, un individu en pleine attaque d'épilepsie ! Nous pensons donc que si le choléra qui règne actuellement en Russie, frappe moins de monde et prend moins souvent la forme foudroyante, cette circonstance remarquable est due particulièrement au calme des populations et aux mesures sanitaires, bien que la maladie ait conservé le même degré de gravité que dans ses deux premières invasions ; cependant, comme nous le dirons plus loin, la tendance au typhus est plus prononcée.

CHAPITRE IV.

Anatomie pathologique.

Après ce que nous venons de dire au chapitre précédent sur le caractère du choléra, il est à peine nécessaire de rapporter le résultat des autopsies cadavériques : elles offrent les mêmes altérations qui ont été observées dans les deux autres épidémies ; si le choléra a débuté par les symptômes ordinaires, vomissements et déjections alvines, et s'il a successivement passé par toutes les phases les plus graves et jusqu'à l'état typhoïde, on trouve toujours la membrane muqueuse gastro-intestinale offrant toutes les nuances de l'inflammation, depuis le premier degré jusqu'au rouge foncé, et même la gangrène dans différentes parties du tube digestif, excepté dans la muqueuse rectale.

La membrane muqueuse trachéale et laryngée présente absolument les mêmes lésions et nous fait parfaitement comprendre la diminution et la disparition complète de la voix.

Le parenchyme pulmonaire est gorgé d'un sang noir et très-fluide.

Le cerveau est fortement engorgé et souvent on trouve des exsudations à sa surface et des épanchements dans les ventricules.

La moelle épinière présente des traces d'inflammation dans différentes parties de son étendue. Toutes ces lésions organiques ne sont que des résultats et sont d'autant plus marqués que la lutte a été plus longue; mais quand le choléra a été foudroyant, il laisse à peine quelques traces visibles.

CHAPITRE V.

Traitement du choléra dans les hôpitaux placés sous la direction du docteur Mandt, médecin ordinaire de S. M. l'Empereur.

Avant de parler du traitement, je ne puis me dispenser de faire connaître que les médicaments sont préparés selon la méthode adoptée par le docteur Mandt et qu'il qualifie de *méthode atomistique*.

La plupart des médicaments dont il fait usage sont soumis à une trituration qui ne dure pas moins de deux heures. Il exige qu'ils soient réduits à l'état d'atome.

En général et sauf quelques exceptions rares, le remède ainsi préparé, est administré par dose d'un cinquantième de grain, tantôt seul, tantôt réuni à un autre agent, mais qui a été également soumis à la préparation atomistique.

Je m'abstiens de toute réflexion sur les quantités désignées; les homéopathes trouveront ces doses monstrueusement grandes, leurs adversaires trop petites. Je veux éviter avec soin toute discussion sur ce sujet; je désire me renfermer dans les faits seuls, ils suffiront pour mériter une attention sérieuse.

M. le docteur Mandt, après avoir longtemps médité et observé les effets des remèdes ainsi préparés, et guidé par un système qu'il ne tardera point à faire paraître, désira le mettre à exécution sur une grande échelle.

A cet effet, il institua à Saint-Petersbourg une clinique à laquelle il initia quelques médecins avides de connaître son système et sa méthode.

Les choses étant ainsi préparées, il eut l'honneur de demander à son Auguste Maître, S. M. l'Empereur, de vouloir permettre la réalisation de son plan de traitement des maladies ordinaires et du choléra.

On pourrait, à bon droit, s'étonner que ce souverain ait pu consentir à une expérience aussi importante ; mais depuis de longues années M. le docteur Mandt possède la confiance de S. M. l'Empereur, confiance qu'il a pleinement justifiée.

Bien loin de redouter cette épreuve, Sa Majesté a saisi avec empressement l'idée de venir en aide aux soldats frappés par l'épidémie actuelle, car tout le monde sait qu'il n'est point de souverain qui s'occupe de leur bien-être avec autant de persévérance ; aussi, il n'est point rare de voir arriver l'empereur au milieu d'une salle de cholériques, leur porter des paroles de consolation, ranimer par sa présence le malheureux près d'expirer et récompenser le zèle et le dévouement du médecin. On comprend donc facilement que le docteur Mandt obtint que les deux grands hôpitaux temporaires, placés aux abords du camp, fussent destinés à recevoir, le premier les maladies ordinaires, le second tous les cas de choléra.

Entrons de suite dans l'établissement consacré aux plus douloureuses angoisses qui puissent frapper l'humanité. On est satisfait tout d'abord de la propreté des salles et de l'air pur qui y circule ; peu de malades dans la même chambre, un ordre admirable règne partout ; M. le docteur Brunst est le chef de ces deux hôpitaux, le dévouement au soldat se fait remarquer dans toute sa personne et bientôt on apprécie le talent du praticien.

Traitement interne.

Les médicaments généralement usités sont :

- 1^o Extractum alcoolicum nucis vomicæ.
- 2^o » veratri albi.
- 3^o » Acidum phosphoricum.
- 4^o » Camphora.
- 5^o » Moschus.
- 6^o » Arsenicum.

Le remède principal et le plus fréquemment employé dans toutes les formes de la maladie est l'extrait de noix vomique (1).

En même temps que l'on administre les remèdes internes selon les circonstances que nous allons passer en revue, les moyens externes ne sont point négligés.

(1) M. le docteur Mandt considère la noix vomique comme un spécifique contre l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; ce médecin pense que l'inflammation de la muqueuse gastrique est le point de départ de tous les symptômes successifs du choléra ; nous verrons plus loin notre opinion sur ce point important.

Le choléra étant constitué, inutile de rapporter ici les symptômes caractéristiques, le médecin les connaît ; seulement nous dirons que le malade conserve encore un pouls perceptible et que le corps n'est pas complètement froid.

Dans cet état, le traitement est toujours le même ; on administre une poudre composée de :

Extract. alcool. n. vom.

Acid. phosphoric 1/50 gr. de chaque.

» lactis gr. V.

Cette préparation est répétée selon la violence des vomissements ou des déjections alvines ; ainsi toutes les cinq, quinze ou trente minutes. Le médecin rapproche ou éloigne les prises du remède.

En même temps on a eu soin de faire tremper un grand drap de lit dans de l'eau froide salée, puis après l'avoir fortement tordu on l'applique sur le corps du malade, afin de favoriser la réaction. Ordinairement le retour de la chaleur commence après quelques heures ; je l'ai vue survenir en moins de quatre-vingts minutes ainsi que la cessation des crampes.

On conçoit facilement que ce but étant atteint plus ou moins vite, il reste à observer les conséquences de l'attaque sur la membrane muqueuse gastro-intestinale et même sur la trachéale, car elle est toujours affectée.

Si après quelques heures l'état du cholérique s'aggrave, que le froid n'est pas encore universel, on alterne le remède précité avec le suivant :

Extr. alcool. n. vom.

» alcool. veratri albi 1/50 gr. de chaque.

lactis gr. V.

La chaleur revient ordinairement, quand le traitement a été exécuté avec soin et promptitude ; si elle tarde à reparaitre, il faut renouveler le drap trempé dans de l'eau salée, entre temps on a recours à un cataplasme de farine de lin et de semences de *carduus marix*.

Quand le malade arrive à la troisième forme, soit d'emblée ou successivement par une aggravation de tous les symptômes, l'oppression devient excessive, le pouls est nul, la peau entièrement froide et cyanosée.

Dans cet état, le péril est imminent, il faut faire sur tout le corps des frictions avec la glace et du sel en poudre. Aussitôt cette opération finie, et elle doit se faire avec force et vi-

tesse, le malade est enveloppé d'un drap mouillé et par dessus d'une couverture de laine, puis il est remis au lit. Au même moment, on donne alternativement le premier remède déjà indiqué et la préparation suivante :

Moschi 1/50 gr.

Extr. nuc vom. 1/50 gr.

» lactis gr. V.

Ces poudres sont administrées à des intervalles plus rapprochés, toutes les cinq, dix, quinze ou vingt-cinq minutes.

Après quelques heures d'attente, si la peau ne reprend point la moindre trace de chaleur, il faut répéter les frictions avec la glace et le sel ; j'ai vu un cholérique à qui on a dû faire sept fois la même opération et il a été sauvé.

Si le choléra est sec, foudroyant, apoplectique avec ou sans paralysie, même traitement extérieur et on donnera alternativement :

1° Ext. n. v.

Mosch. gr. 1/50

Sacch. gr. V

2° Camphor : 1/50 gr.

» Sacch. lactis gr. V.

Ces remèdes sont donnés, comme il a été dit, toutes les cinq, dix, quinze minutes selon la violence des symptômes.

Lorsque la réaction commence, si c'est après une attaque légère, les suites sont peu graves et la convalescence se montre assez vite ; mais quand le patient a subi une violente attaque de choléra, on est bien loin encore d'être certain du succès. Un nouveau danger va commencer, la membrane muqueuse gastro-intestinale s'irrite, s'enflamme à différents degrés et menace de tomber à l'état de gangrène.

Les nombreuses autopsies ne laissent aucun doute sur ce point ; en outre la trachée artère si vivement affectée pendant la crise et dont le degré d'irritation coïncide si clairement avec l'altération ou la disparition de la voix, présente les mêmes lésions et donne les mêmes craintes. Ce tableau n'est qu'ébauché, mais il suffira pour faire comprendre toute l'importance du traitement pendant la période algide et surtout pendant celle qui va suivre.

Disons bien vite notre pensée sur l'importance du traitement pendant la période algide à un haut degré. Quelques médecins recommandables et d'un grand mérite emploient à Saint-Petersbourg et à Moscou une méthode dite excitante ou perturbatrice,

En admettant qu'ils obtiennent la réaction aussi souvent que par l'usage des préparations atomistiques, il me semble qu'ils auront bien plus à redouter l'inflammation consécutive de la muqueuse gastro-intestinale et toutes les conséquences qui en résultent, telles que congestions cérébrales, typhus.

Je pense donc que lorsqu'on peut obtenir la réaction si nécessaire pour sauver le patient, sans avoir eu recours aux stimulants à haute dose, on aura beaucoup plus de chances d'éviter les affections consécutives dont nous venons de parler ; que si elles se manifestent malgré tout, et c'est ce qui arrive encore trop souvent, elles seront moins intenses et moins difficiles à combattre. J'en ai vu beaucoup d'exemples dans le grand hôpital du camp de Crasno-Celo ; le typhus n'a point fait défaut, mais le nombre de guérisons a été extrêmement remarquable.

Une remarque importante et qui s'est si souvent vérifiée, c'est que la plupart des cholériques, dont le symptôme dominant a été la diarrhée, pendant l'attaque ou même avant, ont été atteints du typhus.

Continuons l'histoire du traitement dudit hôpital : quelle que soit la forme grave à travers laquelle le cholérique a passé, le médecin observe attentivement la réaction, l'active ou la modérée ; il supprime graduellement les doses des médicaments ; d'abord il abandonne le musc, le camphre, le veratrum et même l'acide phosphorique ; il laisse la noix vomique seule, les prises du remède deviennent plus rares, il ajoute parfois 1/50 de gr. d'extr. d'aconit ou de bryone, suivant qu'il veut combattre un excès de réaction ou qu'il prévoit une apparence de retour d'un accès de choléra (1).

C'est surtout dans ce moment de transition que les soins les plus attentifs sont nécessaires ; aussitôt que le retour de la chaleur commence, il faut appliquer un cataplasme émollient, dans lequel on a mélangé deux onces d'herbe d'aconit.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, tous les moyens les mieux dirigés, ne suffisent point toujours pour conjurer le développement d'un état typhoïde, surtout quand la diarrhée a été le symptôme dominant. Aussitôt que la langue devient sèche et la tête confuse, douloureuse avec un certain degré d'exaltation, délire, on ajoute à la noix vomique 1/50 de gr. d'extrait alcool-

(1) C'est dans la période qui suit les premiers signes d'un retour à la chaleur quand la réaction s'établit, que j'ai proposé une modification audit traitement de cet hôpital, et qui me paraît importante.

que de racine de belladone, et même on donne ce dernier remède seul suivant que les symptômes cérébraux sont plus marqués. Le médecin est le seul juge s'il faut augmenter ou diminuer les prises du remède; ordinairement il est administré toutes les deux ou quatre heures. Je n'ai encore rien dit des boissons données aux malades : rien de plus simple, l'eau pure froide; depuis longtemps toute espèce de tisane est abandonnée, même dans le traitement des maladies ordinaires.

Si, au contraire, le malade tombe dans un grand affaissement, l'extrait alcoolique de *rhys toxicodendrum* est employé de préférence à la dose de 1/30 de gr.

Pour compléter le récit que nous avons à faire sur le traitement suivi à Crasno-Celo, sous la direction du docteur Mandt, nous ajouterons que si le malade atteint du typhus arrive au dernier degré de gravité, et que déjà l'on est en droit de supposer un commencement d'exsudation ou la formation prochaine d'un épanchement dans le cerveau, alors on a recours aux moyens suivants :

Après avoir fait raser la tête, on applique un linge fortement enduit avec l'onguent suivant et cela trois fois le jour, puis la tête est recouverte d'un bonnet de soie cirée :

Acetatis zinci, deux gros ;

Axung, une once.

J'ai vu plusieurs malades dans l'état que nous venons d'indiquer et quelques-uns ont été parfaitement guéris.

Ce que nous venons de rapporter sur les moyens employés à l'hôpital des cholériques, mérite l'attention du praticien; l'expérience tentée sur une aussi grande échelle et qui augmente tous les jours, a produit de bons résultats : le nombre de guéris du choléra surpasse notablement la proportion ordinaire des guérisons. Ces résultats sont confirmés par d'autres expériences simultanément exécutées à Saint-Petersbourg où M. le docteur Mandt a établi sa clinique, à Gatchina, où huit cents cholériques ont été traités par la même méthode; à Moscou les médecins en chef du grand hôpital civil et militaire, tous deux habiles praticiens, m'ont déclaré être très-satisfaits de l'expérience qu'ils avaient faite des médicaments préparés d'après la méthode dite atomistique.

CHAPITRE VII.

Sur le traitement des fièvres intermittentes dans le même hôpital.

La noix vomique est également au premier rang des moyens employés; il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des fièvres intermittentes aiguës et sans complication.

S'il est vrai que le succès n'est point constant, on peut cependant assurer que l'on obtient huit guérisons sur dix fiévreux audit hôpital de Crasno-Celo et à celui de Gatchina, où vont se rendre les malades d'un cantonnement de cent mille hommes.

Ce traitement a cela d'avantageux que l'on n'a point de récidives. On ne se propose pas de couper la fièvre, comme on le dit ordinairement, mais bien de guérir la maladie dans son principe. Les affections consécutives que l'on remarque parfois à la suite de l'usage prolongé du quinquina, ne se montrent jamais après le traitement dont nous allons parler.

Le médecin exige que le malade reste au lit pendant les trois premiers jours et qu'il observe une diète sévère. Pendant l'apyrexie, on donne ordinairement une dose toutes les deux heures, de la préparation suivante :

Ext. alcool. n. vomic.

— rad. bryoniæ alb. aa 1/30 gr.

Sacch. lact. gr. V.

Ces moyens sont continués à chaque apyrexie, pendant huit à dix jours, et il est rare que la guérison ne soit point obtenue avant ce laps de temps; la convalescence est prompte et facile. On ne voyait point parmi ces nombreux convalescents une seule figure abdominale ou jaune, ce qui n'est point rare avec l'ancien traitement. Quand la fièvre est compliquée d'une affection grave du foie ou de la rate, on modifie le traitement d'une manière toute spéciale; l'arsenic à la dose 1/200, la semence de carduus marix, l'écorce de chêne sont mis en usage, suivant telles indications dont le détail nous éloignerait du but principal.

CHAPITRE VIII.

Symptômes de la fièvre intermittente aiguë comparés aux symptômes du choléra.

A une petite distance de l'hôpital des cholériques, était placé celui destiné aux maladies ordinaires. Le contingent que fournissaient les fièvres intermittentes était assez grand; aussi pouvant avec facilité passer d'un malade atteint du choléra à celui

qui souffrait d'un violent accès de fièvre intermittente, j'ai cherché et étudié les points de contact qui existent entre le début bien prononcé d'une fièvre et celui d'un cas de choléra.

En effet, que se passe-t-il quand un accès de fièvre intermittente commence?

La peau devient froide, le pouls faiblit graduellement, il est à peine sensible, la figure s'altère, les yeux sont cernés, la voix faible et tremblotante. Si les frissons augmentent, la respiration devient anxieuse, une teinte pâle et bleuâtre se fait remarquer aux lèvres et aux mains, il y a des envies de vomir, même des vomissements; supposez maintenant une aggravation forte et rapide de tous ces symptômes, vous aurez le fidèle tableau d'un début du choléra confirmé.

Si l'accès, dont je viens de rapporter quelques traits, a été des plus violents bien qu'il ne soit question encore que d'une fièvre intermittente, on voit souvent surgir quelque affection locale, surtout dans la muqueuse gastro-intestinale, et tous les symptômes secondaires qui en dépendent, tels que congestion cérébrale et tendance au typhus; j'en ai vu un bien grand nombre d'exemples. C'était précisément le point caractéristique de l'épidémie meurtrière qui a ravagé la ville de Groningue en 1826.

J'appelle surtout l'attention sur un point qui a été observé tout particulièrement au grand hôpital de Crasno-Celo. C'est que les malades atteints de fièvre intermittente avec diarrhée bien prononcée, montraient une tendance à un état typhoïde, comme nous l'avons vu chez les cholériques. Quel remarquable rapprochement on peut faire entre ces deux ordres de maladies! Le choléra diffère par sa grande impétuosité et par la durée indéfinie du froid, les principaux organes de la vie en sont si fortement éprouvés que la réaction est nécessairement lente et difficile et qu'un deuxième accès est presque impossible. Cependant, si on prête une grande attention au lit d'un cholérique, on voit manifestement des efforts douloureux, des retours de crampes et de vomissements, se montrer avec des intervalles plus ou moins réguliers de repos et de calme. Cette observation est de la plus haute importance, et tous les médecins auxquels je l'ai communiquée, n'ont point tardé à s'en convaincre et à reconnaître dans ces phénomènes le génie intermittent.

Quand une épidémie meurtrière dévasta la ville de Groningue en 1826, la mortalité fut bien plus grande que dans le moment où régna le choléra; deux mille personnes succombèrent sur une

population de vingt mille habitants. On chercha vainement à se mettre d'accord sur le nom à donner à cette maladie. J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de malades frappés par cette épidémie; je n'y ai vu qu'une fièvre de nature intermittente, mais d'une violence extrême et dont le premier accès ou le deuxième était suivi d'une forte congestion cérébrale, et si les malades ne succombaient point dans les premiers jours, la plupart mouraient du typhus. J'ai dans le temps publié mon opinion sur cette maladie et son traitement.

Je ne prétends point prouver l'identité complète de ces deux ordres de maladies, mais bien les affinités qui existent entre eux. Un jour peut-être reconnaitra-t-on que le choléra, si terrible par ses résultats, n'est qu'un degré de plus de nos épidémies ordinaires du génie intermittent. Si les fièvres pernicieuses, si redoutées à juste titre, se montraient plus fréquentes, elles ne seraient pas moins funestes, mais elles épouvanteraient moins les populations à cause de leur vieux droit de *domicile*.

Je pourrais répéter en ce moment ce que j'ai dit si souvent pendant les années 1826 à 1830, dans les leçons dont j'étais chargé à l'école de médecine de Bruxelles et dont il existe encore beaucoup de témoins vivants; je disais alors : « le génie intermittent se multiplie d'une manière si prodigieuse que c'est à peine si l'on trouve encore une inflammation franche. J'ajoutais que si ce prothée intermittent allait crescendo, on verrait naître une épidémie des plus dangereuses. »

Loin de moi l'idée de prétendre aujourd'hui, que j'ai annoncé le choléra, mais bien la possibilité d'une épidémie désastreuse.

Nous continuerons la comparaison que nous avons établie entre ces deux ordres de maladies. Nous savons tous quelle importance il faut attacher aux premiers accès d'une fièvre pernicieuse, la moindre négligence peut devenir mortelle; nous savons également qu'il est rare que le choléra ne soit point précédé de quelques dérangements *significatifs* en temps d'épidémie; les faits suivants confirmeront cette opinion.

Dans les deux camps de Crasno-Celo et de Gatchina, le nombre de cholériques ayant monté jusqu'au chiffre de trente et quarante dans les vingt-quatre heures, le docteur Mandt, justement alarmé de tant de malades, eut l'heureuse idée de proposer la mesure suivante : Chaque soldat sera visité deux fois le jour au régiment par l'officier de santé du bataillon et à la moindre indisposition gastrique, accompagnée d'une apparence de diarrhée,

il cessera tout exercice et subira un traitement préventif, sans cependant se rendre à l'hôpital. Quelques doses légères de noix vomiqué, seule ou avec un $\frac{1}{50}$ de grain d'acide phosphorique lui étaient administrées sous la surveillance médicale. Il proposa également aux chefs de corps de diminuer la longueur des exercices.

Cet ordre si simple mais si prévoyant, produisit un effet admirable ; le chiffre de cinquante cholériques par jour et plus, descendit promptement à quinze, dix et trois. Résultat admirable en vérité ! Il y a dans cette mesure préventive, un point de départ pour venir en aide aux populations pauvres, comme aux grands rassemblements de troupes, lorsque l'épidémie est en plein développement.

Chacun de nous saisit d'emblée tout le parti que l'on peut en tirer pour conjurer ou diminuer les ravages du choléra. Hâtons-nous de citer une seconde application de cette mesure préventive.

Pendant mon séjour à Peter-Hof, la nouvelle arrive au Gouvernement que la ville de Dunabourg est dévastée par le choléra (1). Aussitôt un médecin, muni d'instructions conformes à celles ci-dessus pratiquées, est envoyé sur les lieux ; la mesure préventive est mise à exécution, ainsi que le traitement déjà connu. Bientôt le nombre des cholériques diminue et celui des guérisons augmente. J'ai vu le bulletin officiel ; le nombre de morts était de cinquante par jour, il descendit promptement à vingt-sept, dix-huit et dix en vingt-quatre heures (2).

Cette double expérience prouve deux choses de la plus haute importance : 1^o l'efficacité du traitement et 2^o l'effet salutaire de la mesure et de la présence d'un médecin de la capitale, venant de la part de l'Empereur ; le calme et la confiance succèdent à la terreur. Je ne saurais assez répéter combien un motif d'effroi ou de confiance multiplie ou diminue la propagation du choléra. L'illustre médecin des armées françaises, M. le baron Desgenettes en comprenait bien l'importance, lorsqu'il prit la résolu-

(1) C'était la première fois qu'il frappait cette ville ; indépendamment de la population (4.000 âmes), il y avait deux divisions réunies pour faire les exercices annuels.

(2) Le traitement selon la méthode atomistique a pu être mis à exécution sur l'heure, car le médecin portait avec lui les médicaments tout préparés et les doses faites d'avance. C'est encore un avantage attaché à cette méthode et inappréciable en temps d'épidémie, surtout pour des armées en campagne.

tion courageuse de s'inoculer la peste en présence des soldats effrayés.

Les faits nombreux et très-significatifs que nous venons de rapporter, m'autorisent à conclure qu'il existe une grande affinité entre ces deux ordres de maladies (fièvre intermittente et accès de choléra), et cette affinité paraîtra encore plus grande, si nous ajoutons les preuves que l'expérience n'a point tardé à donner à l'appui de cette opinion.

Le docteur Mandt, ayant pris en sérieuse attention mes idées sur la nature du choléra, voulut bien en faire l'application, d'autant plus qu'elles ne faisaient point opposition au traitement qu'il avait adopté. Les circonstances en fournirent bientôt l'occasion. Nous étions alors dans les derniers jours du mois d'août; le choléra, par suite des mesures préventives, avait diminué au point que le grand rassemblement de troupes ne donnait plus qu'un ou deux cas par jour, et même parfois vingt-quatre heures se passaient sans en fournir un seul. Le moment des grandes manœuvres étant arrivé, elles commencèrent par une guerre simulée; le temps devint froid et pluvieux, des marches et contre-marches fatiguèrent la troupe, il fallut camper et changer de terrain incessamment, comme si l'ennemi était en présence. En peu de jours, le choléra reprit tout son empire et quarante à cinquante soldats furent atteints chaque vingt-quatre heures; notez que le nombre des *intermittentes* s'accrut dans la même proportion. L'essai commença sur quatre malades qui avaient subi une forte attaque de choléra et dont l'état était très-alarmant; la mort paraissait imminente; les médicaments administrés à l'intérieur furent suspendus ou considérablement diminués; le traitement fut plus spécialement dirigé contre un principe intermittent. Cependant, je considère la noix vomique comme étant d'une utilité incontestable dans les affections périodiques. La preuve en a été faite dans le traitement des fièvres intermittentes simples, comme il a été dit ci-dessus; aussi son usage ne fut point supprimé, mais ce médicament fut employé d'une autre manière et joint à un fébrifuge très-puissant; en conséquence, $\frac{1}{20}$ de gr. de noix vomique et 2 à 4 grains de sulfate de quinine furent dissous dans un véhicule de deux onces, dans lequel on fit mettre en suspension une très-petite partie de camphre avec une légère addition d'un mucilage. Cette préparation fut injectée dans le rectum toutes les deux heures et jusqu'à six à huit doses successives. Après vingt-quatre heures de ce traitement,

l'état des quatre malades avait changé très-favorablement. Encouragé par ce premier essai, on l'appliqua de suite à vingt autres cholériques. Cette fois on administra les lavements aussitôt que les premiers soins et les remèdes déjà connus avaient contribué à ramener la chaleur, en un mot, aussitôt que les déjections alvines étaient en grande partie arrêtées ; un mieux sensible ne tarda point à se faire apercevoir sur un grand nombre, et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les symptômes typhoïdes firent complètement défaut chez la plupart de ceux qui avaient été soumis à ce traitement.

On demandera sans doute pourquoi ces remèdes ne sont point donnés à l'intérieur ; la réponse est bien facile : après une forte atteinte de choléra, le ventricule est si violemment affecté par suite d'efforts continus de vomissements, qu'il ne peut tolérer le sulfate de quinine ; très-souvent même la membrane muqueuse de cet organe est déjà enflammée, tandis que les nombreuses autopsies cadavériques constatent que la muqueuse rectale n'est point affectée dans les premiers jours de la maladie et que ce n'est qu'à la suite d'une longue lutte, pendant laquelle le malade succombe, que l'on a pu y trouver des lésions.

Il y a donc de bonnes raisons pour ne point déposer dans l'estomac les médicaments dont nous venons de parler. Cela nous explique l'abandon qu'en ont fait les médecins qui avaient aussi cru voir un degré de ressemblance entre un accès de choléra et celui d'une fièvre intermittente.

Les résultats de ce traitement, ceux qui sont dus à celui du docteur Mandt et l'étude comparative des symptômes de ces deux maladies (fièvre intermittente et choléra), ne me laissent aucun doute sur les rapports intimes qui existent entre elles. Nous pourrions encore ajouter à l'appui de notre opinion, les observations faites dans plusieurs localités du Caucase, de la Perse et de la Turquie. J'ai eu occasion de recevoir les renseignements les plus précis, par plusieurs médecins (1) qui ont accompagné les armées russes dans ces contrées, sur les fièvres qui ont fait des ravages affreux parmi les troupes. Ces fièvres sont si rapidement mortelles que la nuance entre les formes qu'elles revêtent et celles du choléra est presque nulle ; la mortalité est peut-être plus grande encore, car le génie intermittent, moins violent dans ce premier accès, continue de frapper et de

(1) En particulier par M. le docteur Pelikan, médecin en chef des armées.

détruire la plupart de ceux qui n'ont point succombé dans les premiers jours. Pendant le traitement de ces fièvres graves qui règnent au Caucase, le sulfate de quinine est porté à des doses énormes et encore il manque le plus souvent son effet. Je pense que dans ce cas, ainsi que chez les cholériques, l'estomac est trop lésé pour tirer parti de ce remède; il faudrait préférer la voie plus utile de l'intestin rectum. J'espère que les expériences qui seront faites dans ces contrées viendront bientôt confirmer les résultats que je m'en promets.

Pour compléter nos recherches sur ce sujet, nous dirons un mot sur la formation successive des symptômes de ces deux graves maladies (fièvre intermittente et choléra).

Si on regarde avec attention le fébricitant pendant la période algide, on remarque bien vite que la forme de la maladie dérive absolument de l'organe sur lequel le plexus solaire déverse son innervation morbide, innervation qui a été mise en jeu par les causes occultes de la constitution médicale et qui resteront à jamais impénétrables.

Ainsi la fièvre devient :

1 ^o Fièvre intermittente gastrique.	} Si cette innervation morbide se fait sur les voies gastriques. Sur les voies aériennes. Sur le cœur. Sur le cerveau.
2 ^o Intermittente catarrhale.	
3 ^o Syncopale.	
4 ^o Apoplectique, avec ou sans paralysie.	

Appliquons cette analyse aux symptômes du choléra et nous aurons de suite la raison de ses différentes formes :

1 ^o Choléra ordinaire confirmé.	} Si l'innervation morbide se fait sur les voies gastriques. Sur les voies aériennes cette forme est souvent rapidement mortelle (1).
2 ^o Choléra asphyxiant.	
3 ^o Choléra foudroyant ou apoplectique avec ou sans paralysie.	} Sur le cerveau.

(1) Je rapporterai ici un fait de ce genre que le savant docteur Merkus, auteur de plusieurs ouvrages très-estimés, a bien voulu me communiquer.

Le docteur Merkus se trouvant dans la chambre d'un médecin à Moscou, remarqua tout à coup le changement qui s'opérait dans la figure de son confrère et particulièrement dans sa respiration, qui devenait anxieuse. • Ne voyez-vous pas, s'écria celui-ci, que je meurs debout? • la cyanose faisait des progrès effrayants, et quelques heures plus tard il avait cessé de vivre.

D'après ces données, il devient plus facile de se rendre compte des différentes formes que peut prendre la maladie : une irritation ou une affection quelconque préexistante dans un organe appartenant à une de ces trois grandes divisions, appellera sur lui l'influx morbide et deviendra ainsi la cause occasionnelle de la forme.

En suivant avec attention la formation des symptômes, nous arrivons à conclure que le grand nerf sympathique en est l'organe génésique.

Notre opinion sur ce point a déjà devancé cet article; cependant nous croyons devoir l'appuyer par des considérations tirées des effets de la peur, en temps d'épidémie meurtrière.

Les causes morales dérivant d'une terreur panique provoquent immédiatement une perturbation dans le plexus solaire. Une gêne pressive se fait sentir dans la région épigastrique, accompagnée d'un grand malaise. Quand le choléra menace d'envahir une contrée ou que déjà il frappe pour la première fois aux portes d'une ville populeuse, les habitants éprouvent une inquiétude mortelle, et si enfin un cas de choléra éclate et qu'un malade vient à être transporté dans toute sa laideur vis-à-vis d'une foule effrayée, on voit bientôt surgir des cas foudroyants.

C'est bien ici le système nerveux qui est le premier moteur de la maladie; l'inflammation de la muqueuse gastrique ne saurait rendre compte d'une pareille impétuosité.

Si j'ai bien rendu ma pensée, la nature du choléra ne paraîtra plus un si profond mystère, ainsi qu'on le répète constamment dans toutes les contrées envahies par cette maladie. Il appartient, selon nous, au genre des intermittentes aiguës, mais à un degré de violence qui nous était inconnu; son impétuosité constitue tout le danger.

L'appréciation que nous venons de faire de ses rapports intimes avec les accès des intermittentes aiguës, donne au médecin un guide plus sûr pour comprendre le développement du choléra et pour le combattre. J'aime à me persuader que des études nouvelles dirigées dans cette voie, compléteront les moyens curatifs que nous avons proposés et mis en pratique.

Je sens cependant que mes efforts pour élucider un sujet tant de fois traité par de plus habiles, sont encore insuffisants, mais peut-être indiqueront-ils à un médecin plus heureux la route pour y parvenir.

Que du moins, Messieurs et très-honorés collègues, cette

note imparfaite, témoigne de ma vive reconnaissance pour l'honneur insigne que vous m'avez fait, en m'accordant celui de pouvoir siéger dans votre illustre Compagnie.

— M. LE PRÉSIDENT, au nom de l'Académie, remercie M. Everard de sa communication, qui trouvera place dans le bulletin de la séance.

M. GRAUX annonce qu'il déposera un mémoire sur le choléra dont il donnera lecture dans la prochaine séance.

M. STAS présente, au nom de M. Depaire, pharmacien à Bruxelles, une note sur les variétés de chlorure mercurieux employées en médecine. M. Stas fait en même temps une analyse succincte de ce travail.

L'Académie ordonne l'insertion de cette communication dans le *Bulletin*.

4. Sur les variétés de chlorure mercurieux employées en médecine, moyen de les distinguer et de reconnaître les falsifications du calomel à la vapeur; par J.-B. DEPAIRE, pharmacien, à Bruxelles.

Les praticiens ont reconnu que le degré d'action du chlorure mercurieux sur l'économie animale varie avec le mode de préparation de ce sel : de là la distinction établie entre le mercure doux, le calomel à la vapeur et le précipité blanc.

Les pharmacologistes, en général, admettent que cette différence d'action dépend de l'état moléculaire du composé mercuriel ; aucun d'eux, cependant, n'a fait connaître les caractères distinctifs qui existent entre le chlorure mercurieux préparé par l'une ou l'autre méthode en usage. J'ai tenté de combler cette lacune en soumettant à l'inspection microscopique les trois variétés de chlorure mercurieux employées en médecine; je sou mets à l'appréciation du corps médical le résultat de mes recherches en le faisant suivre d'un procédé qui permet de distinguer le précipité blanc, le mercure doux et le calomel, et de reconnaître la pureté de ce dernier médicament.

Le *mercure doux lavé* s'obtient en sublimant un mélange en proportions définies, soit de chlorure mercurique et de mercure, soit de sulfate mercurieux et de chlorure sodique. On obtient ainsi une masse blanche, lourde, brillante et cristalline qu'on lave à l'eau après l'avoir pulvérisée. La poudre d'un blanc légèrement jaunâtre résultant de cette manipulation, vue au microscope par réfraction à l'aide de grossissements de cinquante à cent dia-

mètres paraît formée de débris de cristaux translucides, de forme et de dimension variables. L'emploi de grossissements supérieurs à ceux indiqués, n'y fait reconnaître qu'un mélange de gros et de petits fragments ne présentant rien de régulier.

La préparation du *calomel à la vapeur* diffère essentiellement de celle du mercure doux par le mode de pulvérisation employé pour le diviser. Tandis que l'on emploie, pour le mercure doux, la pulvérisation par contusion et trituration, on a recours, dans la préparation du calomel à la vapeur, à la pulvérisation dite par intermède. Le corps qui sert d'intermède dans ce cas est quelquefois la vapeur d'eau, mais plus souvent l'air atmosphérique froid. Le calomel à la vapeur est une poudre blanche, tenue, cristalline. Un grossissement de 50 à 100 diamètres le montre, vu par réfraction, composé de particules presque opaques, anguleuses, régulières ; ces particules n'ont pas le même volume, mais on remarque qu'il existe entre elles une certaine uniformité qui manque complètement dans le mercure doux. En examinant le calomel à la vapeur à l'aide d'un grossissement de 250 à 300 diamètres, j'ai reconnu qu'il existe dans le commerce deux variétés de ce produit, sans que toutefois je puisse préciser leur origine. Dans l'une de ces variétés on ne remarque que les particules dont je viens de parler ; dans l'autre on constate la présence d'aiguilles transparentes, prismatiques, terminées en pointe, peu nombreuses, dont les dimensions varient trop pour qu'il soit utile de les préciser. La présence de ces aiguilles ne peut être attribuée à l'existence d'une matière étrangère dans le calomel examiné, car l'analyse de ce produit m'a convaincu de sa pureté absolue. J'ai cherché à reproduire ces cristaux transparents en condensant la vapeur chloro-mercurielle tantôt dans l'air froid, tantôt dans l'eau gazéifiée ; je n'ai pas réussi à le faire. A la vérité je n'opérais que sur 500 grammes de matière dans chaque expérience. Il est probable que les cristaux aiguillés dont j'ai parlé se produisent lorsque, par suite de la durée de l'opération ou de l'exiguité du réfrigérant, celui-ci s'échauffe assez aux points de contact de l'appareil producteur pour laisser aux particules de calomel, avant de se condenser, le temps de prendre une forme géométrique régulière. Le passage suivant extrait du *Traité de chimie* de M. Regnaud semble confirmer cette opinion : « Lorsqu'on soumet de grandes masses de calomel à la sublimation, on obtient souvent de beaux cristaux transparents qui sont des prismes à base carrée terminés par un pantement

octaédrique. Ces cristaux qui sont remarquables par leurs grands pouvoirs réfrigèrent et dispersif appartiennent au deuxième système cristallin. »

En versant dans une solution de nitrate mercurieux du chlorure hydrique ou du chlorure sodique, on obtient un chlorure mercurieux employé en médecine sous le nom de *précipité blanc*. C'est une poudre blanche, très-ténue, ne présentant point l'aspect cristallin du calomel à la vapeur. Lorsqu'on la soumet à l'inspection microscopique à l'aide de grossissements de cinquante à cent diamètres, par réfraction, on remarque qu'elle est formée de particules sphéroïdales, infiniment plus ténues que celles du calomel à la vapeur, sans apparence cristalline. Un grossissement de 500 diamètres n'y fait découvrir aucune trace de cristallisation, mais les particules sphéroïdales paraissent translucides et aplaties. Le précipité blanc présente la même structure microscopique soit qu'on l'ait obtenu par le chlorure hydrique, soit qu'il ait été formé par le chlorure sodique. Ce composé mercuriel desséché se délaie incomplètement dans l'eau ; il convient, lorsqu'on veut le soumettre au microscope, de le mêler à un peu d'alcool.

L'activité médicamenteuse du chlorure mercurieux variant avec le procédé suivi dans sa préparation, il peut être très-important, dans certains cas, de pouvoir déterminer rigoureusement quelle a été la marche suivie pour obtenir un chlorure mercurieux donné. On y parviendra en délayant une petite quantité du composé à examiner dans une goutte d'alcool sur une lame de verre. L'essai recouvert d'une autre lame très-mince sera immédiatement soumis à l'inspection microscopique par réfraction en faisant usage d'un grossissement de 50 à 100 diamètres. La masse est-elle formée de débris irréguliers translucides, cristallins, on peut être certain que l'on a sur le porte-objet le mercure doux ordinaire ou calomel obtenu par sublimation suivie de porphyrisation ; est-elle formée de particules presque opaques anguleuses, cristallines, assez uniformes, mêlées ou non d'aiguilles transparentes, nul doute que l'on examine un échantillon de calomel à la vapeur ; enfin l'on pourra conclure à la préparation par précipitation dans l'eau, si l'essai est composé de sphéroïdes très-ténus sans apparence de cristallisation.

Quelques pharmacologistes, en petit nombre, il est vrai, pensent que le précipité blanc doit l'énergie d'action qui le distingue du calomel à la vapeur, à ce qu'il retient soit du chlorure hy-

drique, soit du chlorure sodique employé à sa préparation, qui le rend quelque peu soluble. L'examen microscopique, en démontrant l'extrême division du précipité blanc comparée même à celle du calomel à la vapeur, tend à éloigner cette opinion et à faire admettre que la grande ténuité des particules du précipité blanc est la seule cause de ce surcroît d'activité médicamenteuse; car il ne faut pas perdre de vue, dans ce cas, la part bien reconnue de la division des corps insolubles sur la rapidité des réactions qu'exercent sur eux les matières propres à les influencer. Sans doute les traces de chlorure hydrique ou de chlorure sodique qu'un opérateur peu soucieux laisse dans le précipité blanc doivent augmenter sa solubilité; mais cette circonstance ne peut se rencontrer que très-rarement, les auteurs prescrivent de laver avec le plus grand soin le produit mercuriel précipité, soit par le chlorure hydrique, soit par le chlorure sodique.

Les substances que l'on a mélangées au calomel à la vapeur pour le falsifier, sont : le carbonate de plomb, le carbonate, le sulfate et le phosphate de chaux, les os calcinés, le sulfate de baryte, l'amidon et la gomme.

On peut reconnaître, à l'aide du microscope, la présence de ces corps dans le calomel à la vapeur, même lorsqu'ils n'y entrent que pour un centième, sans que l'on puisse déterminer, dans tous les cas, la nature de la matière mélangée, ce qui du reste est d'une importance secondaire. A cet effet on place sur une lame de verre noircie à la surface inférieure une petite quantité du produit suspect, on y ajoute une ou deux gouttes d'ammoniaque liquide, on délaie la masse uniformément et on recouvre le tout d'une lame mince de verre. En examinant par réflexion, on voit les agglomérations de céruse, de craie, de plâtre, de phosphate de chaux, les fragments d'os calcinés, de sulfate de baryte, de gomme, les globules d'amidon se détacher vigoureusement sur le fond brun noir du mélange ainsi traité. Ce moyen, qui m'a toujours donné des résultats concluants, est basé sur l'action de l'ammoniaque sur le calomel : on sait en effet que ce dernier composé se convertit, sous l'influence de l'ammoniaque, en chlorure mercurieux à base d'amidon d'un brun noir, tandis que les matières citées plus haut employées pour falsifier le calomel ne changent pas de couleur par l'action de l'alcali volatil.

— La séance est levée à trois heures et demie.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

DES MODIFICATIONS de la température animale sous l'influence des médicaments. Recherches expérimentales, suivies d'applications à la pathologie et à la thérapeutique; par les docteurs Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe. Paris, 1853, 1 vol. in-8°.

OPUSCULE MÉDICAL, mémoires et observations pratiques sur les fonctions du foie, le mode d'action des médicaments, suivis d'un esquisse sur la thérapeutique; par M. Fr.-Omer Messien. Tournai, 1853, 1 br. in-8°.

RELAZIONE del congresso scientifico francese tenutosi in Arras Nell'agosto 1853; per B. Bertini. Torino, 1853, 1 br. in-8°.

PROCES-VERBAUX des séances des Conseils provinciaux, session de 1855. 9 vol. in-8°.

RECHERCHES sur la distribution et sur les modifications des caractères de quelques animaux aquatiques du bassin du Rhône; par M. J. Fournet, 1 br. in-8°.

DIE CRETINEN-heilanstalt auf dem Abendberg; vom Dr. Guggenbühl. Bern et St.-Gallen, 1853, 1 vol. in-4°.

STATISTIQUE du service chirurgical de N. le professeur Burggraeve, à l'hôpital-civil de Gand. Gand, 1853, 1 br. in-8°.

DE L'HOMME physique; par M. le professeur Burggraeve. Gand, 1853, 1 br. in-8°.

RECHERCHES statistiques faites dans les établissements d'aliénés à Gand ou rapport sur les exercices de ces institutions; par M. J. Guislain. Gand, 1853, 1 br. in-8°.

RAPPORT médico-légal sur les faits relatifs au meurtre du docteur Leclercq (de Hal), par M. le professeur J. Guislain, 1 br. in-8°.

TRAITEMENT des anévrysmes et des varices par la coagulation du sang; par M. le docteur Leroy-d'Etiolles.

TRAITÉ des tumeurs blanches des articulations; par le docteur J. Crocq. Bruxelles, 1853, 1 vol. in-8°.

MÉMOIRES de la Société historique et littéraire de Tournai, tome 2°. Tournai, 1853, in-8°.

OBSERVATIONS d'emphysèmes siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire des médiastins, étendus jusqu'aux régions du cou, du tronc, de la tête et des membres, que l'on peut attribuer aux efforts de la toux chez les enfants; par le docteur Natalis Guillot. Paris, 1853, 1 br. in-8°.

BULLETIN administratif du ministère de l'Intérieur; le cahier d'octobre 1853.

BULLETIN de l'Académie royale des Sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique; le n° 9 du tome XX.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; le cahier de novembre 1853.

RECUEIL de médecine vétérinaire; le cahier de novembre 1853.

JOURNAL de médecine de Bordeaux; 10 vol. in-8°.

ARCHIVES générales de médecine; le cahier de décembre 1853.

ANNALES et **BULLETIN** de la Société de médecine de Gand; les cahiers de septembre et octobre 1853.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une société de médecins; le cahier d'octobre 1853.

NEDERLANDSCH LANCET ; les cahiers de juillet et août 1855.

ANNALES d'oculistique ; les 4^e et 5^e livraisons du tome XXX.

MONTHLY journal of medical science ; les cahiers d'octobre et novembre 1855.

ANNALES de médecine vétérinaire ; le cahier de décembre 1855.

ARCHIVES belges de médecine militaire ; le cahier d'octobre 1855.

MONITEUR de l'enseignement, publié sous la direction de M. Hennebert, les n^{os} 7 à 8 du tome IV.

BOLETIN de medicina, cirugia y farmacia ; les n^{os} 148 à 151.

UNION médicale ; les n^{os} 130 à 141, année 1855.

LA PRESSE médicale belge ; les n^{os} 46 à 49, année 1855.

LE SCALPEL ; le n^o 11, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris ; les n^{os} 45 à 48, année 1855.

ALLGEMEINE Medicinische Central Zeitung ; les n^{os} 85 à 87, année 1855.

JOURNAL de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers ; le cahier de novembre 1855.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée ; les n^{os} 9 et 10, 5^e année.

GAZETTE médicale de Strasbourg ; le n^o 11, année 1855.

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

NOVEM. 1853.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE centig. de l'air, à 9 h. du matin	ÉTENDUES de la température centigrade relevée à midi. Maximum. Minimum.	QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
1	756,56	7,8	13,1	5,0	S.-SBO.	Superbe, pas un nuage.
2	758,59	11,1	15,2	8,2	S.-SBO.	Superbe; se couvre le soir.
3	761,24	10,2	15,8	8,1	SBO.-SSE.	Beau.
4	759,31	5,0	13,6	3,6	SSE.-SSE.	Gris; se découvre le soir.
5	756,00	3,9	7,1	3,0	SSE.	Très-beau, mais brumeux le matin.
6	757,52	3,8	10,4	4,5	SSE.	Brumeux et pluie le matin, beau le jour, épais brouillard très-dense.
7	763,77	8,3	12,8	4,3	SSE.	Brouillard très-dense.
8	763,13	8,4	12,1	8,0	SSE.	Gris, brumeux; pluie le soir.
9	763,21	6,6	10,9	3,0	ONO.-OSO.	Très-beau; se couvre le soir.
10	766,53	5,6	9,4	3,6	OSO.	Très-beau.
11	766,04	2,2	9,4	1,0	OSO.-SO.-S.-SSE.	Brumeux le matin, beau l'après-midi, couvert le soir.
12	765,01	5,7	7,1	4,9	SSE.	Brumeux le matin et le soir; beau l'après-midi.
13	755,72	0,5	7,4	0,0	SSE.-SSE.	Gris, brumeux.
14	750,09	1,6	3,1	0,1	SSE.-OSO.-SO.	Sombre; brumeux le matin et le soir.
15	750,76	1,5	5,4	0,0	SBO.-SSE.	Épais brouillard humide.
16	749,48	5,5	8,5	5,0	SSE.	Brumeux le matin; beau le soir.
17	751,30	5,9	8,7	1,40	ONO.-OSO.-SO.	Beau; léger brouillard le matin et le soir.
18	757,90	2,5	8,9	0,07	SO.-SBO.	Brumeux le matin, beau le soir.
19	761,22	0,7	6,1	-0,6	SSE.-S.-OSO.-SBO.	Gris, brouillard.
20	759,46	2,1	5,6	-0,6	OSO.-O.	Gris, brumeux; brume pendant la soirée.
21	763,06	0,6	4,2	-1,0	S.-SSE.	Gris; épais brouillard le matin, se découvre le soir.
22	765,06	1,1	4,8	0,75	SSE.	Gris; brouillard épais le matin.
23	764,10	-1,9	3,6	0,07	SSE.	Très-beau; brouillard le matin.
24	763,38	2,8	5,3	0,07	SSE.	Superbe.
25	761,68	-0,4	5,3	-1,9	SSE.-SSE.	Gris; beau le soir.
26	756,88	0,2	3,0	-1,6	SSE.-S.-O.-S.	Gris; neige le matin.
27	761,00	0,5	2,6	-0,8	S.-SSE.	Couvert.
28	765,21	-0,1	1,6	-0,7	SSE.-SBO.	Beau, légers nuages.
29	765,15	-1,2	1,6	-1,3	SBO.-O.	Couvert le jour, se découvre le soir; assez beau.
30	763,75	-0,3	2,1	-1,6	SBO.	

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1853.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heure et quart.

L'interruption momentanée dans le service du chemin de fer ayant empêché les membres de la Compagnie qui habitent hors la capitale, de venir siéger, l'adoption du procès-verbal de la séance précédente est renvoyée à la prochaine séance.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur a transmis les observations qui lui ont été présentées par la Commission médicale de la province de Limbourg, sur l'avant-projet de loi relatif à l'exercice de l'art de guérir. — Ce document a été communiqué à la Commission de législation.

La Compagnie a également reçu de M. le Ministre de la Justice un exemplaire des documents mis au jour par la Commission royale chargée de la publication des anciennes lois et ordonnances rendues en Belgique.

II. — CORRESPONDANCE.

MM. Thiry, Heuze, Husson, Warlomont et Vanden Broeck remercient la Compagnie de les avoir associés à ses travaux avec le titre de correspondant, et déclarent adhérer à la résolution académique complétive de l'art. 6 du règlement.

En conséquence, M. le Président les proclame membres correspondants de l'Académie.

M. le Président donne successivement communication :

1^o D'une lettre de M. le docteur Crocq, dont, à la demande de M. Graux, il sera donné une nouvelle lecture à la prochaine séance ;

2^o D'une lettre par laquelle M. J. Dupont, médecin vétérinaire à Malines, se fait connaître comme l'auteur du Mémoire sur la pleuropneumonie exsudative auquel l'Académie a accordé une médaille d'encouragement dans sa dernière séance. — L'ouverture du billet cacheté annexé au mémoire ayant été faite, M. le Président déclare que M. Dupont recevra la récompense qui lui a été votée ;

3^o D'une lettre de M. le docteur Sweron, par laquelle il exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant.

La Compagnie a reçu :

De M. le docteur Putégnat, de Lunéville, un travail intitulé : « La syphilis constitutionnelle doit-elle être considérée comme cause de la scrofule et du rachitisme ? » — Renvoi à une commission composée de MM. Lombard et Didot ;

De M. le docteur Mazade, d'Anduze, une communication manuscrite ayant pour titre : « Recherches sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. » — Renvoi à l'examen de MM. Tallois et Lequime.

M. le docteur Dechambre, membre correspondant, demande de recevoir les publications de l'Académie en échange d'un nouveau recueil de médecine hebdomadaire qui va être publié sous sa direction et dont le premier numéro a paru. — L'échange est admis.

M. De Tollenaere, pharmacien à Haringhe, transmet des observations relatives à l'avant-projet de loi sur l'exercice de la médecine. — Elles sont renvoyées à la Commission de législation.

MM. les docteurs Foucart, Sweron, Lima Luta, Guislain, Dechambre, et M. Xav. Heuschling font hommage à l'Académie d'ouvrages imprimés dont les titres seront donnés dans le compte rendu des travaux de la séance.

M. le Président, avant d'aborder l'ordre du jour, fait connaître, au nom de M. Devaux, membre de la Chambre des Représentants, que plusieurs personnes notables de Bruges ont pris l'initiative pour faire élever un monument à la mémoire de feu M. De Mersseman, membre de l'Académie, et dépose sur le bureau une liste de souscription, déjà revêtue d'un grand nombre de signatures.

M. Seutin fait à cet égard une proposition qui sera discutée dans la séance prochaine.

III. — MOTION D'ORDRE.

— **M. BELLEFROID** : L'Académie est saisie d'un objet très-urgent et très-important : c'est l'examen du projet de loi sur l'art de guérir. Je crois que le rapport est à peu près terminé. Le Bureau ne pourrait-il pas le faire imprimer et l'envoyer à tous les membres, et l'Académie décider, dans le cas où cette impression pourrait être faite assez tôt, que la discussion aura lieu à la prochaine séance? Si nous attendons le mois de février, il est certain que la loi ne pourra être discutée dans la session actuelle des chambres législatives, et ce retard serait fâcheux.

— **M. LE PRÉSIDENT** : Je me proposais de faire à l'Académie une communication sur ce point. M. Mareska, rapporteur de la Commission de législation, m'a fait connaître que son rapport serait prêt dans les premiers jours de janvier, et qu'il pourra le lire à la Commission pour cette époque.

Mon intention, aussitôt que ce rapport nous aura été remis, est de proposer au Bureau de le faire imprimer et distribuer à tous les membres. Mon intention est aussi de proposer de le faire discuter le plus tôt possible dans une ou deux séances extraordinaires, car l'Académie jugera peut-être convenable de ne pas remettre la discussion de ce projet de mois en mois, et d'y consacrer, si cela est nécessaire, deux ou trois jours de suite.

(M. Verheyen remplace M. Vleminckx au fauteuil.)

IV. — COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

1. De la suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires; par M. VLEMINCKX, membre titulaire.

Dans la séance du 23 juin dernier, j'ai eu l'honneur d'appeler votre attention sur la gale et spécialement sur la gale de l'armée, et de vous faire entrevoir la possibilité de fermer dans un avenir très-prochain, les salles de galeux de nos hôpitaux militaires.

Mes prévisions se sont réalisées.

Il n'y a plus, il ne doit plus y avoir dans les établissements sanitaires de l'armée, de salles de galeux. Toutes sont fermées, et très-certainement elles ne s'ouvriront plus.

L'Académie m'avait demandé de lui faire connaître l'époque à laquelle fonctionnerait, à l'hôpital de Bruxelles, l'armoire en

fer dont je l'avais entretenu. Cette armoire est construite. Elle fonctionnera la semaine prochaine. Vous pourrez aller vous assurer des résultats qu'elle produira.

Mais, Messieurs, depuis que j'ai eu l'honneur de vous parler de cette importante affaire, (et vous me permettrez de l'appeler de ce nom, car elle aura pour l'armée des conséquences très-grandes) j'ai été à même de constater d'autres faits.

Je vous avais dit que pour rendre complètement fructueux, le traitement rapide de la gale, il était indispensable de trouver un moyen non moins rapide de destruction de l'acarus résidant dans les effets de couchage et d'équipement ; que les moyens ordinaires de désinfection ne suffisant pas à cet effet, il était heureux que le hasard m'eût permis de reconnaître qu'ils pouvaient être utilement remplacés par une température suffisamment élevée pour tuer les sarcoptes et leurs œufs, mais pas assez pour altérer les effets qui les recèlent.

Eh bien ! Messieurs, j'étais dans l'erreur. J'ai constaté depuis, que la désinfection pouvait se faire non moins promptement à l'aide d'un fort dégagement de chlore, que par une température élevée.

Jusqu'à ces derniers temps, nous ne savions pas d'une manière précise, combien d'heures ou de jours les objets contaminés, infectés, devaient être soumis à ce métalloïde. Les galeux restant en traitement pendant dix jours en moyenne, leurs objets étaient soumis pendant le même laps de temps aux émanations de chlore, mais théoriquement ou même pratiquement, on ne savait pas si c'était trop ou trop peu.

Je résolus donc de faire faire des essais auxquels me poussaient vivement d'ailleurs et mon désir d'en finir le plus promptement possible avec l'affection psorique, et le retard trop prolongé que très-involontairement, sans doute, on apportait à la construction de l'armoire en fer, que j'avais demandée à titre d'essai, pour l'hôpital de Bruxelles. Je me représentai, au surplus, qu'il pourrait s'écouler encore bien du temps, avant que tous nos établissements ne fussent munis de cet appareil, et que par conséquent je ne parviendrais pas à réaliser aussi promptement que je le désirais, les bienfaits du système que je voulais inaugurer.

Ces essais ont eu pour résultat de me faire reconnaître qu'il suffisait d'exposer les objets de couchage et d'équipement au chlore dégagé en abondance, pendant le temps que doit durer

le traitement de la maladie elle-même, c'est-à-dire pendant deux heures, pour en obtenir la pleine et entière purification.

Dans l'inspection que je viens de faire, j'ai donc pu donner les ordres les plus formels pour la suppression des salles des galeux.

Il m'a paru utile de vous exposer en peu de mots les mesures que j'ai fait mettre en usage.

Le premier repas de nos soldats a lieu vers huit heures du matin. La visite sanitaire se fait presque à la même heure. Les hommes trouvés atteints de gale sont dirigés à l'hôpital vers dix heures, c'est-à-dire après que la digestion des aliments ingérés a eu lieu, de façon à permettre immédiatement et sans tarder, le traitement de la maladie. Pendant ce temps, leurs effets de couchage sont transportés à la salle de désinfection de la caserne, s'il en existe, ou à celle de l'hôpital, s'il n'en existe pas. Aussitôt leur arrivée à l'hôpital, le traitement est institué, et les effets qu'ils ont amenés avec eux sont soumis à la purification. Deux heures après, ils sortent avec ces mêmes objets, et rentrent à leur compagnie, au ménage de laquelle ils n'ont pas cessé d'appartenir.

Ce n'est plus avec un billet d'entrée qu'ils sont envoyés en traitement (nous ne voulons plus de mutations), mais avec un simple bon pour *un bain et trois onces de sulfure calcaire*.

Et à ce propos, Messieurs, je vous dirai, en passant, que nous avons généralement abandonné la pommade d'Helmerich, pour notre sulfure calcaire. Peut-être avant quelque temps pourrions-nous généraliser un moyen plus simple encore et non moins efficace.

Un de nos pharmaciens, M. Acar, m'a proposé de ne faire faire désormais qu'une seule friction à l'aide d'un mélange de savon et d'un sulfure alcalin.

Les motifs à l'appui de cette proposition me paraissent très-plausibles. Le savon seul ne s'étend que difficilement sur les différentes parties du corps, et la limpidité complète du sulfure calcaire n'est pas l'état le plus favorable pour obtenir des frictions, tout le résultat désirable.

Un mélange de savon et de sulfure en proportion telle qu'il présente une consistance plus appropriée au but à atteindre, assurerait, par conséquent, une guérison plus radicale et non moins prompte.

Par suite de cette modification, le malade aurait à s'assouplir la peau, en se baignant d'abord pendant une demi-heure, à se

frictionner ensuite pendant une autre demi-heure, et enfin à passer une seconde fois dans l'eau, pour se nettoyer.

Les succès obtenus jusqu'ici me font augurer que ce savon sulfureux remplacera très-utilement les moyens que nous mettons actuellement en usage.

Quoi qu'il en soit, le traitement est achevé vers midi ou une heure, et le galeux parfaitement rétabli retourne à sa compagnie, et reprend pour les déposer dans son dortoir, ses objets de couchage purifiés.

Le second repas ayant lieu entre deux et trois heures, vous voyez tout d'abord qu'il peut y prendre part, et que par conséquent il n'y a plus lieu à faire des mutations.

C'est parmi tant d'autres avantages résultant du nouveau procédé, un avantage nouveau dont les administrateurs seuls savent apprécier la portée.

La suppression des salles de galeux a donc pu être complète, entière, nonobstant l'absence du moyen de désinfection dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir dans la séance du 23 juin dernier.

Est-il donc inutile de recourir désormais à ce moyen, et peut-on continuer à faire usage du chlore ?

Comme bien vous le pensez, Messieurs, j'avais un grand intérêt à résoudre cette question ; j'ai donc dû l'examiner avec soin.

Le chlore aura toujours pour effet d'altérer certains objets, tels que boutons, garnitures métalliques de schako, etc. ; il faut, en outre, pour en obtenir le dégagement à chaud, l'emploi de certains ustensiles très-sujets à se briser ou à s'altérer ; il faut enfin un local spécial, exclusivement destiné *ad hoc*, dont la construction est déjà assez dispendieuse et qui coûte en outre des frais d'entretien ; il faut en dernière analyse deux locaux séparés, l'un pour le traitement, l'autre pour la désinfection.

Avec l'emploi de la chaleur, tous ces inconvénients disparaissent ; l'économie est plus grande, la cure complète, y compris la purification, d'une simplicité presque phénoménale.

Voici l'organisation telle que je l'ai projetée pour les établissements de l'armée :

Supposez une salle d'une capacité suffisante : à l'une des extrémités se trouve l'appareil en fer ; à l'autre une, deux ou trois baignoires suivant les besoins de la garnison. La salle est garnie, en outre, de quelques meubles indispensables, bancs et tables.

Le galeux y est amené entre dix et onze heures : il se dépouille de ses effets qui sont suspendus à l'instant par les soins d'un infirmier spécialement chargé de ce service, dans l'armoire chauffée.

Cette armoire, par ses nombreuses surfaces de chauffe, donne à la salle une chaleur plus que suffisante.

Le galeux dépouillé de ses vêtements est soumis immédiatement au traitement, surveillé par l'infirmier qui préside à la purification des effets.

Le traitement de deux heures terminé, le malade reprend lesdits effets et quitte l'établissement.

Ainsi donc, une seule salle, un seul feu, un seul surveillant, voilà certes une simplification et une économie que ne présenterait aucune autre méthode.

Pour ce qui est du combustible, la quantité à employer est si peu considérable, qu'on le croirait à peine si l'on n'avait été témoin des essais qui ont été faits.

Le coût de l'armoire (et je prends pour type celle qui a été construite pour la prison d'Anvers, et qui réunit toutes les conditions nécessaires) ne s'élève pas à plus de deux cent soixante-quinze francs.

Et ce n'est pas tout. On trouvera, j'en suis sûr, un appareil bien moins coûteux encore, qui, à l'aide d'un même feu, permettra de chauffer tout à la fois et l'eau qui doit servir aux baignoires, et la boîte qui doit purifier les effets.

Ce serait là une nouvelle source d'économie.

Je dois insister néanmoins pour que les effets de couchage soient purifiés à l'aide du chlore, dans la caserne même ; et cela se comprend ; il y aurait peut-être quelque danger à faire emploi de la chaleur dans ces vastes établissements, et d'un autre côté, il faut empêcher autant que possible le transport de ces effets, des casernes aux hôpitaux, transport qui non-seulement occasionne des corvées parfaitement inutiles, mais qui constitue encore une cause d'usure de ces mêmes objets, qu'il convient d'autant plus d'éviter, que les soldats sont tenus d'en supporter les frais.

Aux médecins des corps appartiendra le soin de faire cette désinfection dans les casernes, et comme je l'ai dit, à l'aide d'un fort dégagement de chlore dans un lieu parfaitement clos et obscur, il ne faudra guère plus de deux heures pour l'obtenir pleine et entière.

Voilà donc, Messieurs, où nous en sommes arrivés. Le résultat est immense, vous le comprenez ; il m'est permis de le dire en effet, la gale n'est plus une maladie pour l'armée belge ; car ils ne doivent plus être comptés parmi les malades, les hommes qui peuvent être débarrassés de leur maladie au bout de deux heures, et qui le sont en effet.

Et voyez les effets immédiats de ce grand changement. Une grande économie est obtenue ; des places nombreuses, jadis réservées pour le traitement des galeux, seront affectées désormais à d'autres malades ; la capacité de ces établissements se trouvera par conséquent accrue sans frais ; des hommes oisifs sont rendus à l'activité ; l'effectif de l'armée est donc augmenté en réalité, et, pour couronner l'œuvre, une grande cause d'immoralité et de malpropreté a disparu de nos hôpitaux.

— **M. DE HEMPTINNE** : L'honorable M. Vleminckx a-t-il fait l'essai de la vapeur d'eau comme désinfectant ? Je crois que ce moyen serait plus avantageux que celui qu'il propose.

— **M. VLEMINCKX** : Cet essai n'a pas été fait, mais il est probable que l'acarus et ses œufs sont plus sûrement tués par l'air chaud sec.

— **M. DE HEMPTINNE** : Je vois quelques dangers pour la santé des malades à l'emploi du chlore.

— **M. SEUTIN** : Je n'ai pas compris la quantité de sulfure calcaire qui était employée.

— **M. VLEMINCKX** : Voici ce que nous avons fait jusqu'à présent et ce que nous ferons encore : lorsque le malade entre à l'hôpital, il est couvert à l'instant de savon, et frictionné pendant une heure ; ensuite il est mis au bain où les frictions sont continuées encore pendant une demi-heure environ. Au sortir du bain il est frictionné avec une quantité du sulfure calcaire qui peut équivaloir à deux ou trois onces. Ces frictions faites pendant une demi-heure, on le nettoie, et la cure est achevée.

Mais, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, M. Acar a proposé d'employer une préparation qu'il appelle savon sulfureux ; c'est le sulfure calcaire mêlé au savon. Au moyen de cette composition, le traitement serait plus rapide encore. On assouplirait d'abord dans l'eau la peau du malade, puis on le frictionnerait à l'aide de ce savon, et les frictions faites, le traitement serait terminé. Si l'honorable M. Gouzée assistait à la séance, il pourrait vous dire les succès qu'il a déjà obtenus par ce procédé.

— **M. SEUTIN** : Je crois qu'il y a beaucoup d'inconvénients à substituer à la chaleur, la vapeur de chlore, qui est notre ancien moyen de désinfection. L'emploi de la chaleur a deux avantages ; non seulement elle désinfecte, mais elle rechauffe le patient qui a dû rester nu pendant deux heures pour les frictions. La vapeur de chlore est au contraire souvent nuisible à celui qui en fait usage.

Puisque j'ai la parole, je ferai une observation qui me paraît importante. Je reconnais les avantages du moyen dont nous entretenus l'honorable M. Vleminckx, pour la guérison des militaires. Mais croyez-vous qu'on pourrait employer le même moyen pour guérir ce qu'on appelle la grosse gale ? Quant à moi, je ne le crois pas, je crois que dans nos hôpitaux civils, nous ne pourrions jamais nous passer de salles de galeux. Je ne pense pas qu'il serait prudent de guérir presque subitement et à l'aide de plusieurs frictions, une ancienne gale. Sans doute c'est une chose admirable que de voir un soldat atteint de cette affection, sortir de la caserne, faire une promenade jusqu'à l'hôpital, et rentrer quelques heures après, guéri d'une maladie qui inspire tant de dégoût ; c'est un grand succès ; mais je doute que dans la pratique civile on puisse obtenir les mêmes résultats, si tout ce qu'on avance à ce sujet se réalise.

Je remercie notre honorable Président de ce qu'il nous a annoncé que nous pourrions bientôt aller voir mettre en usage le procédé de désinfection. Nous avons à plusieurs reprises fait une demande à ce sujet à M. le directeur de l'hôpital militaire.

— **M. VLEMINCKX** : L'armoire n'était pas faite.

— **M. SEUTIN** : Je croyais qu'elle fonctionnait déjà.

— **M. VANDEN BROECK** : L'emploi du sulfure calcaire et du savon amènera presque nécessairement la formation d'un savon calcaire insoluble à la surface de la peau. Il vaudrait mieux, je crois, employer le sulfure de potassium ou un sulfure de sodium ; l'effet qu'on veut obtenir se produirait mieux, sans aucun doute.

Notre honorable Président vous a parlé de la continuation de l'application dans les casernes du procédé de désinfection par le chlore. Il est certain que ce moyen donnera lieu aux inconvénients que M. le Président vous a signalés ; non-seulement il amènera l'altération des boutons et autres objets en cuivre, mais l'action du chlore concentré aura aussi pour effet de détruire ou d'altérer la solidité du drap, de la toile et autres objets d'équipement du soldat. L'emploi de l'air chaud me paraît donc incon-

testablement préférable à l'emploi du chlore, et même à celui de la vapeur d'eau suréchauffée dont un honorable préopinant vient de signaler l'usage.

— M. VLEMINCKX : Il faut dans la pratique faire ce qui est possible. Je crois que si l'on pouvait généraliser sans danger l'emploi de l'air chaud, ce moyen serait préférable à l'emploi du chlore ; mais cette généralisation présente des difficultés.

Sans doute le chlore altère certains effets ; mais ces effets ne sont pas ordinairement de ceux qu'on désinfecte à la caserne ; c'est à l'hôpital qu'on les purifie. Dans la caserne on ne désinfecte que les objets de couchage, et l'expérience nous a appris que le chlore ne les altère nullement.

Dans tous les cas, il faut éviter ce qui dans les grands établissements, comme une caserne, pourrait donner lieu aux incendies, et nous ne sommes pas toujours sûrs d'y rencontrer toute la sollicitude nécessaire pour cela.

L'honorable M. Seutin vous a fait observer que la désinfection par le chlore est extrêmement désagréable pour ceux qui la font. Incontestablement, mais nous avons trouvé le moyen d'y remédier. Le voici : on ne place plus dans la salle même de désinfection, l'appareil nécessaire pour le dégagement du chlore, mais en dehors, et des tubes conduisent dans cette salle le chlore dégagé.

L'honorable M. Seutin vous a parlé de ce qu'il appelle la *grosse gale*. J'ai fait quelques recherches à ce sujet ; je crois pouvoir vous dire, que cette prétendue grosse gale n'est souvent pas la gale du tout, mais un simple eczéma ou toute autre affection cutanée. Puisque l'honorable M. Seutin m'appelle sur ce sujet, je me permettrai de lui dire (et je suis prêt à retirer ma parole s'il prouve que je me suis trompé) que dans l'hôpital même à la tête duquel il est placé pour le service chirurgical, j'ai cru reconnaître dans la salle des galeux, des individus qui ne me paraissaient pas du tout atteints de gale, mais plutôt de plaques d'érythème furfurant, de papules de lichen, etc.

Sans doute si l'irritation de la peau était très-forte, il serait dangereux d'employer les moyens que je recommande, avant de l'avoir apaisée, mais tel n'est pas le cas dans notre armée. Règle générale, il faut chercher à détruire l'acarus sans augmenter l'irritation de la peau ; par conséquent, toutes les fois que l'irritation de la peau sera très-vive, que l'eczéma sera très-considérable, il ne faudra pas chercher à faire disparaître la gale en deux

heures ; il conviendra de faire au préalable usage de quelques bons moyens sédatifs.

Mais, je le répète, ce qu'on appelle la grosse gale n'est souvent qu'un erythème ou toute autre affection qui ne doit pas sa source à l'acarus. Je n'ai pas rencontré chez les personnes prétendument atteintes de cette gale, ces épouvantables chatouillements qui forcent à lacérer la peau. Plus de précision dans le diagnostic amènerait des résultats plus certains et ferait ranger dans la catégorie de maladies cutanées d'une autre espèce, bien des affections, dont on attribue aujourd'hui la production à l'acarus.

— M. SEUTIN : Il me paraît certain que la gale engendre des grosses gales. Laissez-la parcourir toutes ses phases, les boutons changeront de forme ; ils se montrent sous des phénomènes différentiels. Mais les anciennes gales, comme vous le dit M. le Président, peuvent se compliquer d'eczémas, de dartres, etc. Ce sont celles-là que, selon moi, il ne serait pas prudent de faire cesser trop vite, afin d'éviter les effets d'une répercussion.

2. *Communication sur le choléra épidémique, par* M. GRAUX, membre titulaire.

(RÉSUMÉ ANALYTIQUE.)

Messieurs,

Le Mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a pour objet l'étude du choléra-morbus.

Depuis l'invasion des contrées centrales de l'Europe par le choléra-morbus asiatique, on a publié de nombreux travaux qui presque tous ont pour objet de faire prévaloir une thérapeutique particulière. Il serait très-difficile à chacun de nous d'énumérer les nombreux agents qui ont été préconisés et qui tous, au rapport de leurs auteurs, ont eu les plus heureux résultats. Il faut cependant convenir, Messieurs, que lorsque nous avons voulu appliquer les mêmes remèdes, en recourant à toutes les précautions indiquées, nous n'avons pas été aussi heureux qu'on nous le faisait espérer. Peut-être n'avons-nous pas suffisamment distingué les périodes de la maladie dans lesquelles les moyens préconisés avaient été suivis de bons résultats, et avons-nous mis ces moyens en usage dans la période où les chances de réussite sont beaucoup plus rares ; mais cela tient à ce que, en indiquant les remèdes, on n'a pas suffisamment déterminé les circonstances diagnostiques qui en rendent le succès probable ou certain.

J'ai, dans le travail que j'ai l'honneur de vous présenter,

étudié et déterminé les lésions anatomiques et physiologiques qui caractérisent le choléra, et c'est d'après l'état de ces lésions qu'il est convenable d'établir les différentes périodes de la maladie. Ce n'est pas le mot *choléra*, qui doit occuper le médecin, mais bien les lésions organiques qui constituent la maladie. Ainsi, sans trop se préoccuper des lésions, on a successivement vanté pour guérir le choléra, la chaleur à la peau, les frictions stimulantes, l'eau froide, la glace à l'extérieur, la glace à l'intérieur, les bains de sel, les boissons de même nature ; on a même été jusqu'à préconiser l'injection d'eau froide dans les veines, et la chimie n'a pas reculé devant la prétention de reconstituer le sérum naturel par un sérum factice injecté dans la circulation ; enfin on a mis en usage tout ce que la pharmacie renferme, sans compter l'homœopathie et les remèdes spécifiques que l'empirisme s'est chargé de vanter quelquefois même jusqu'à les présenter presque comme infaillibles.

Qu'est-il arrivé de tout cela ? Qu'à l'heure où nous sommes, loin d'être d'accord sur la thérapeutique, on ne l'est point sur la nature des lésions, et qu'il faudrait ici, comme il en a été pour toutes les maladies, indiquer l'état des altérations, avant de déterminer un traitement. En cet état de choses, la science, l'humanité et le praticien y gagneraient.

Le cahos vient donc de ce qu'on ne s'est pas mis d'accord sur le genre des lésions, et de ce que les mêmes remèdes sont appliqués dans les occasions les plus différentes.

Mon travail n'a pas pour objet de vous apporter un remède infaillible. Suivant nos habitudes, nous avons cherché à connaître la maladie dans ses lésions premières, dans la production, l'enchaînement et la généralisation de ses phénomènes physiologiques, dans ses altérations anatomiques, et c'est en vertu de ces recherches que nous nous permettons de publier notre opinion sur le choléra.

Tel est le but, Messieurs, que nous nous sommes proposé en déposant le travail que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Mais pour vous mettre à même de suivre les idées qui se trouvent émises dans notre Mémoire, et qui ne sont pour nous que l'expression de l'enchaînement des faits, pour leur donner tout le poids de l'observation, pour vous faire comprendre la gravité de la maladie qui se trouve accusée, aux yeux du praticien, par des revers effrayants, nous voulons vous mettre sous les yeux, les causes souvent insurmontables de la mort des cholériques,

nous voulons donner la raison diagnostique de la gravité du mal, et faire accepter avec moins de promptitude et de légèreté, des succès obtenus par des moyens insignifiants et quelquefois opposés à la plus saine raison médicale. Vous me permettrez donc de vous montrer quelques pièces que j'ai fait apporter de l'hôpital Saint-Pierre pour vous être mises sous les yeux.

Cette démonstration a pour objet de vous faire voir que pendant la période cyanique du choléra, il se produit une coagulation du sang dans le ventricule droit du cœur, où ce fluide se trouve arrêté. Cette coagulation fibrineuse, variable par son volume et sa densité pénètre souvent jusque dans l'artère pulmonaire. Le caillot qu'elle forme, d'une résistance considérable, remplit dans l'artère pulmonaire, l'effet d'un bouchon, et produit un obstacle physique ne laissant au sang qu'un passage plus ou moins difficile, qui ne lui permet plus de se rendre librement dans l'appareil respiratoire et dans les cavités gauches du cœur. Que résulte-t-il de là ? C'est que les poumons ne sont plus traversés par le sang, que le battement des artères diminue de force et d'étendue, et quelquefois cesse tout à fait.

Je sais que vous êtes disposés à m'objecter la formation du caillot dans le ventricule droit en d'autres cas que dans le choléra-morbus. Vous ne m'apprenez rien que je n'aie prévu et que je ne sache. Mais votre objection que j'accepte, me servira à appuyer la théorie que je développe. En effet, l'attribuez-vous, votre caillot, à une autre cause qu'à l'obstacle que le sang rencontre par la maladie des poumons ou des cavités gauches du cœur et pendant l'agonie ? Je ne le crois pas. Car s'il en était autrement, vous seriez obligés de nous démontrer les rapports du pouls avec la présence d'un obstacle qui s'oppose au passage du sang dans l'artère pulmonaire. Or, dans aucun cas, vous ne sauriez me citer un exemple, pris hors du choléra-morbus, où l'interception de la circulation dans les cavités droites du cœur concorde avec des phénomènes semblables à ceux qu'on trouve dans le pouls et la respiration des cholériques, vingt-quatre ou trente heures avant la mort. Dans votre cas, le poumon doit être hépatisé, contenir du sang, tandis que dans le nôtre, le poumon est plein d'air, léger, à peu près exsangue et les cavités gauches du cœur sont vides.

Messieurs, si j'avais ici à vous rendre compte de l'ensemble des phénomènes du choléra-morbus, comme ils se trouvent indiqués dans mon Mémoire, je ferais coïncider à l'instant même

ces phénomènes avec une altération profonde du sang, qui conduit directement à sa coagulation dans les cavités droites du cœur. Ces renseignements, me direz-vous peut-être, sont assez inutiles pour le traitement. Mais non, Messieurs, ils ne sont pas inutiles pour le traitement, parce que, lorsque des entraves s'opposent au rétablissement des plus importantes fonctions de l'économie, il importe de les connaître et de bien les déterminer, pour éviter les conséquences fâcheuses de tâtonnements et d'un traitement subversif. D'ailleurs, la certitude du pronostic se ressent toujours d'une connaissance parfaite de la lésion, et si le médecin, au lit du malade, est éclairé par la vérité, sa considération n'en souffre aucunement et l'humanité n'y perd rien.

Ainsi, en ce qui concerne le caillot, nous dirons que la cessation du pouls doit coïncider avec le moment de sa formation. Ce caillot varie en volume, comme il varie en densité, suivant la durée de son existence et l'état du sang. Tantôt il se forme instantanément ; d'autres fois il se forme plus lentement. Si l'oblitération n'est pas complète, et si le sang n'est pas trop profondément altéré, la vie persiste et le pouls se conserve à un état fibrillaire, jusqu'à la mort ou jusqu'à ce qu'une réaction imparfaite s'établisse.

Je vais, Messieurs, vous mettre sous les yeux des pièces qui vous prouveront la vérité des faits que je viens d'avancer. J'attire votre attention sur ce point comme devant être celui du Mémoire qui exige, pour son intelligence, le plus d'éclaircissements anatomiques.

(M. Graux met sous les yeux de l'Académie les cœurs de plusieurs cholériques, présentant tous le caillot dont il vient de parler.) Il continue ainsi :

Pour nous résumer, nous dirons que nous avons invariablement rencontré le caillot dans les autopsies des personnes mortes du choléra, que la formation de cette coagulation est pour nous un obstacle presque toujours insurmontable à la circulation, et que ne peuvent vaincre les efforts du médecin, lorsqu'elle est bien établie. Cependant il arrive que le caillot n'est pas assez volumineux pour oblitérer complètement le passage du sang dans l'artère pulmonaire ; c'est alors que le pouls reste déprimé et lent pendant plusieurs jours, et le rythme du cœur altéré. Après un temps plus ou moins long seulement, on voit chez ces malades la réaction s'établir avec plus de liberté, et la guérison se compléter.

Ainsi, ne tenant aucun compte de la mollesse du caillot, toujours favorable à sa destruction plus prompte, nous dirons que sa disparition s'opère comme celle des caillots qui se produisent dans les artères à la suite d'une compression, ou après leur ligature.

J'attire, Messieurs, votre attention sur ce point ; ce n'est pas une théorie inventée à plaisir que nous vous apportons, ce sont des faits, et parmi ces faits, nous citons dans notre Mémoire celui d'un pompier qui, après avoir échappé au danger de la période cyanique du choléra-morbus, a continué à présenter un pouls débile et lent, une respiration puérile, une grande sonorité du thorax, avec altération des battements du cœur. Le malade a fini par se rétablir, mais ce n'est guère qu'après trois semaines d'une diététique et d'une surveillance très-attentives, qu'il est sorti de l'hôpital.

Messieurs, un semblable obstacle à la circulation est bien fait pour prouver que le choléra, à la période cyanique bien confirmée, est une maladie des plus graves et souvent mortelle, quels que soient les remèdes qu'on lui oppose.

Nous ne sommes pas d'avis, Messieurs, d'admettre comme chose raisonnable de compter parmi les succès dans le traitement du choléra proprement dit, ces guérisons nombreuses et faciles de diarrhées qui précèdent cette maladie, et qui n'en font pas partie, lorsque les matières produites par ces diarrhées ne sont pas caractéristiques. Nous admettons qu'en temps d'épidémie on doit se hâter de les faire disparaître par des remèdes expressément recommandés. Mais que de fois sans ces remèdes ne réussirait-on pas, si les conditions hygiéniques étaient changées, et si la diététique seule se chargeait des prescriptions ? Pour moi, je vous l'avoue, Messieurs, le choléra n'existe qu'autant que des symptômes émanés de son caractère et de sa nature, le révèlent, et que des sécrétions séreuses se rencontrent dans les déjections alvines.

Je me hâte, Messieurs, de vous faire remarquer que je ne me sers du mot sécrétion, que pour me conformer au langage des écrivains que j'ai lus, et non pour exprimer ma pensée. Le mot sécrétion employé a, selon moi, la signification de travail, d'élaboration organique. Or, il n'est pas possible de démontrer que dans la diarrhée du choléra, les membranes muqueuses jouissent de ce privilège. Elles ne sont point chargées de cette forme de sécrétions à l'état physiologique, et rien dans la pathologie du

choléra n'indique la possibilité d'un semblable résultat. En effet, que rencontre-t-on dans les membranes muqueuses ? une injection veineuse passive, un état cyanique, comme dans tous les autres appareils organiques. La cyanose de la veine porte ne diffère en rien de la cyanose du système veineux général.

Ainsi, Messieurs, vous prévoyez déjà que dans notre opinion le siège du choléra n'existe pas dans le tube intestinal; c'est bien de ce tube qu'émanent le plus ordinairement les premiers symptômes, mais il n'est point le siège des lésions essentielles.

L'affection réside dans un autre système. Nous l'avons placée dans l'altération du sang. En conséquence, la diarrhée et les vomissements, leurs formes, leurs quantités et leurs natures, ne sont que symptomatiques de la lésion principale.

Je ne vous entretiendrai pas plus longtemps de faits qui sont à votre connaissance et qui sont plus développés dans mon Mémoire. J'attendrai les observations qui me seront présentées sur les vues qui y sont renfermées.

— **M. VLEMINCKX** : Je crois être l'interprète de l'Académie en demandant à l'honorable M. Graux, bien que cela doive se trouver indiqué dans son Mémoire, qu'il veuille bien nous dire quels sont les moyens à l'aide desquels il croit pouvoir obtenir la résolution du caillot dont il nous a parlé.

— **M. GRAUX** : Les moyens de résolution du caillot sont ceux qui ont rapport à l'entretien de la circulation. Du moment où la circulation se rétablit, la chaleur se reproduit, le pouls persiste, les sécrétions renaissent. Ainsi, le moyen de dissiper le caillot dans une artère, c'est d'y entretenir la circulation, et les opérations intimes de l'organisme finissent par amener la résolution du caillot.

— **M. STAS** : C'est impossible.

— **M. GRAUX** : C'est impossible, selon la physique et la chimie peut-être; mais les lois de l'organisme ont une puissance autre que celle du chimiste dans son creuset.

Les moyens qui font dissoudre le caillot, ce sont ceux que renferme le traitement appliqué au choléra-morbus; je n'en connais pas d'autre.

— **M. VLEMINCKX** : Lesquels ?

— **M. GRAUX** : Ils se trouvent indiqués dans mon Mémoire. Je ne puis les développer en ce moment.

— **M. LEBEAU** : Vous les connaissez, puisque vous les appliquez.

— M. VLEMINCKX : M. Graux vient, je crois, de nous parler d'un pompier chez lequel le caillot existait; ce caillot s'est dissous et le pompier est revenu à la santé. Je crois faire chose utile et agréable à l'Académie en demandant à l'honorable M. Graux quels sont les moyens qu'il a employés dans ce cas.

— M. GRAUX : J'ai eu recours aux moyens appliqués à tous les cholériques et qui sont indiqués dans mon Mémoire. Ce serait déplacer la question que de s'occuper du traitement d'une maladie avant d'en avoir étudié le diagnostic. Je n'ai eu d'autre but ici que de vous soumettre des pièces anatomiques.

— M. LEQUIME : Messieurs, je ne puis partager l'avis de l'honorable préopinant sur la valeur qu'il attribue au caillot que l'on trouve dans le ventricule droit des cholériques qui ont succombé à la maladie.

Je ferai observer d'abord, contrairement à ce qu'il vient d'avancer, qu'on ne l'y rencontre pas constamment. En 1849, sur sept autopsies qu'il m'a été donné de pratiquer, je ne l'ai observé que quatre fois; tout récemment encore, une fois sur quatre j'ai constaté son absence. Le résultat de mes recherches concorde d'ailleurs avec celui obtenu par plusieurs anatomo-pathologistes distingués qui se sont occupés de ce point de pratique, comme le prouve le passage suivant extrait de l'excellent ouvrage du docteur Brock, intitulé : *Pathologiste anatomie*, p. 689 : « Dans le choléra asiatique, dit l'auteur, la présence d'un caillot fibrineux dans le cœur droit, *n'est point un fait constant*; le cœur et les gros vaisseaux sont, dans cette affection, remplis par un sang foncé en couleur, visqueux, semblable à de la gelée de groseilles. Il existe ordinairement dans le cœur un coagulum sanguin, grumeleux, formant une masse noirâtre ou présentant une couenne fibrineuse opaque, rarement translucide, dans laquelle se rencontrent aussi de petits amas de granulations aciniformes, résultant de l'agglomération des globules incolores du sang : d'autres fois le sang, malgré sa viscosité, s'y trouve tout à fait liquide. »

Mon honorable collègue a avancé, en second lieu, que le caillot ne se rencontre que chez les cholériques : si son assertion était fondée, la présence dans le ventricule droit de ce caillot, aurait une signification très-grande; mais il n'en est pas ainsi, je puis vous le démontrer les pièces à la main.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie plusieurs cœurs : elle pourra constater dans le ventricule droit de l'un

d'eux, la présence d'un caillot volumineux, remplissant non-seulement la capacité de ce ventricule mais obstruant presque complètement son orifice artériel.

— M. GRAUX : De quoi la personne est-elle morte ?

— M. LEQUIME : De phthisie pulmonaire.

Voici un autre cœur : c'est celui d'un individu qui a également succombé dans mon service, à l'hôpital Saint-Jean, par suite de phthisie pulmonaire et dont l'autopsie a été pratiquée ce matin même. Vous pourrez constater, Messieurs, que le caillot que l'honorable préopinant vous a présenté il y a un instant, ne peut être comparé sous le rapport du volume et de l'étendue, à celui que vous avez devant vous en ce moment, car il remonte jusque dans les divisions de l'artère pulmonaire.

Je pourrais exhiber plusieurs pièces semblables, mais celles que je vous ai montrées suffiront, je pense, pour étayer l'opinion que je défends ; j'ajouterai, pour compléter ma démonstration, que ces individus n'ont présenté pendant la vie aucun des caractères propres au choléra.

— M. GRAUX : Messieurs, l'honorable M. Lequime ne nous a pas dit dans quel état se trouvait la respiration, dans quel état se trouvaient les poumons des personnes dont il vous a montré les organes ; il ne vous a pas même parlé du pouls. Mais si ces malades n'ont pas succombé au choléra, ils ont dû présenter les mêmes phénomènes. L'honorable M. Lequime ne peut pas nous faire croire des choses impossibles. Comment voulez-vous que l'artère pulmonaire oblitérée complètement par un caillot formé pendant la vie, puisse coïncider avec l'existence du pouls ?

Il faut que vos malades, que vous dites avoir succombé à la phthisie pulmonaire, aient présenté une longue agonie pendant laquelle les obstacles au cours du sang à travers les poumons, ont favorisé et amené la formation du caillot. Mais alors vous avez dû trouver dans les poumons des engorgements, des hépatisations, ce qui est diamétralement opposé à l'état des poumons chez les cholériques. Ainsi, nous savons très-bien que les maladies du cœur, les arrêts de sang dans les poumons, dans les cavités droites, dans tout le système veineux, sont favorables par le repos du fluide, par son refroidissement, à la formation des caillots, mais il est impossible à notre honorable collègue de nous montrer la moindre analogie en ce qui concerne leur cause, entre ces caillots et ceux du choléra-morbus.

Ainsi, je vous le dis, cette question mérite d'être étudiée. Je

la livre à la bonne foi de tous les hommes qui fréquentent les hôpitaux. Je n'ai jamais fait l'autopsie d'un cholérique, sans rencontrer le caillot, et tous les élèves présents à ces autopsies vous attesteraient le fait.

Messieurs, la raison de la science a droit de contrôler les faits, et jamais les écrits des savants ne nous ont appris que les pulsations des artères pouvaient encore subsister lorsqu'un caillot volumineux se rencontrait dans l'artère pulmonaire.

Je maintiens donc tout ce que j'ai dit. La question est très-sérieuse, et mes convictions sont telles, que je désire qu'une commission soit nommée pour suivre ces recherches anatomiques, lorsque l'occasion s'en présentera. Je demande même que cette commission soit composée des plus grands adversaires de l'opinion que je défends.

Notez bien, Messieurs, que je ne dis pas que le caillot cause la mort ; mais je dis que c'est une manifestation très-avancée de l'altération du sang ; la formation du caillot est la conséquence des profondes lésions de ce fluide ; sa présence, toutefois, comme nous l'avons déjà dit, ne peut pas absolument être considérée comme la cause d'une mort inévitable, mais bien comme la cause d'une réaction lente et difficile.

— M. LEQUIME : Je croyais avoir prévenu l'objection de mon honorable collègue lorsque je vous faisais remarquer, il n'y a qu'un instant, que les malades dont il s'agit n'ont offert aucun des caractères que l'on assigne à la seconde période du choléra.

Tous ceux qui se livrent aux autopsies savent d'ailleurs que l'on constate sur un grand nombre de cadavres, la présence d'un caillot fibrineux. Les faits dont je vous ai entretenus, ne sont donc pas exceptionnels, et je m'engage à vous en montrer une foule d'autres encore.

M. Brock, dans l'excellent ouvrage que je vous ai cité, dit, en parlant de la formation du caillot fibrineux dans le cœur : « La fibrine au commencement de sa coagulation, présente d'abord un aspect muqueux ou gélatinoïde qu'elle doit à l'abondante quantité de sérosité qui l'infiltre ; mais plus tard ce liquide en est expulsé par la contraction, le retrait de la masse fibrineuse, et la densité du coagulum devient alors nécessairement plus grande.

« Un fait remarquable, ajoute l'auteur, c'est que la fibrine coagulée se rencontre souvent dans le cadavre à un état de pureté presque absolue et sans mélange de globules rouges, tandis que cette séparation parfaite n'a pas lieu en dehors de l'économie

pour le sang soustrait à la veine. Ce phénomène s'explique par la formation du caillot pendant la vie même ou plutôt pendant l'agonie, alors que la fibrine a déjà acquis cette tendance à la solidification et que les contractions du cœur ou des artères agissent sur le sang, la systole cardiaque sépare la fibrine de la même manière que le battage à la baguette dans les anciens procédés d'analyse.

« La quantité de ce coagulum paraît augmentée sous l'influence d'une longue agonie ; dans la jeunesse et l'âge viril ; dans les affections de poitrine, dans la chlorose et l'anémie ; dans les affections chroniques du cerveau ou de la moelle ; à la suite d'une débilitation très-grande et enfin par la compression du cœur et des vaisseaux. Sa formation paraît être favorisée par une oxygénation insuffisante du sang ou par le ralentissement de la circulation, résultat d'obstacles mécaniques ou d'un état de très-grande faiblesse. »

En résumé, ce n'est donc pas seulement dans le choléra, mais dans une foule d'autres affections qu'on rencontre le caillot.

— M. GRAUX : Mais la poitrine sonore, la respiration puerile et l'absence du pouls, voilà la contre-épreuve !

— M. LEQUIME : Chez les phthisiques le parenchyme pulmonaire étant infiltré de tubercules, la poitrine ne peut guère être sonore, à moins qu'il n'existe des cavernes. Je ne crois pas, du reste, devoir m'arrêter ici à expliquer les faits dont vient de vous entretenir l'honorable M. Graux, je m'en réfère à ce que j'ai dit précédemment.

— M. LEBEAU : Je prie M. Graux de me pardonner l'opposition que je suis obligé de faire aux idées qu'il vient d'émettre ; je crois qu'il est de notre devoir à tous de combattre les théories hypothétiques et peu fondées sur lesquelles trop souvent on appuie une thérapeutique hasardée.

Dans une maladie qui n'a pas d'antécédent dans l'histoire et sur laquelle l'anatomie pathologique n'a jusqu'à présent, il faut le dire, jeté qu'une lueur douteuse, je comprends que tout homme, ami de la science, apporte son tribut de lumière, mais il faut que chacun se soumette de bonne grâce à l'examen critique que ses idées appellent ; j'userai donc librement de la parole, et M. Graux me pardonnera, car nous ne combattons volontiers que les athlètes d'une certaine force.

Et d'abord qu'il me permette de lui dire que le reproche qu'il fait aux anatomo-pathologistes n'est pas fondé ; de nombreuses

et profondes investigations ont été faites dans tous les pays : non seulement l'anatomie pathologique, mais la chimie et la physiologie se sont occupées des lésions que produit le choléra, et l'Académie ferait preuve d'ingratitude si elle ne se rappelait le Mémoire qui nous a été lu dans une séance de l'année dernière, par notre respectable collègue M. Raikem.

L'honorable M. Graux attribue la mort des cholériques à la formation d'un caillot dans l'artère pulmonaire.

— M. GRAUX : Ne me faites pas aller aussi loin. J'ai dit que le caillot était la conséquence de l'altération primitive du sang.

— M. LEBEAU : L'honorable M. Graux croit que la nature du choléra est une altération primitive du sang ; c'est là une hypothèse que l'on applique invariablement à toutes les maladies dont la nature est quelque peu douteuse. On l'a dit pour l'entérite typhoïde, les fièvres éruptives, etc., mais les preuves sont-elles suffisantes et propres à satisfaire les observateurs exacts ? D'ailleurs, il faudrait pour aboutir, prouver mathématiquement quelle est la nature de cette prétendue altération et quels sont les moyens d'y remédier.

Quant à nous, nous croyons sincèrement qu'au début du choléra, comme dans beaucoup d'autres maladies, le sang n'a subi aucune altération appréciable, et que celles qu'on remarque plus tard, sont effets et non pas causes.

L'honorable M. Graux semble reprocher aux praticiens certaines confusions de diagnostic. Nous croyons qu'ici l'erreur est impossible. Le choléra a des symptômes tellement tranchés qu'il suffit de l'avoir observé une fois pour ne jamais le méconnaître : nous donnons l'importance qu'il convient à la cholérine prodromique, mais nous gardons le mot choléra pour la maladie confirmée, et nous n'avons garde de considérer comme telle, des diarrhées plus ou moins compliquées mais qui souvent guérissent par les moyens les plus simples.

L'honorable M. Lequime a dit et prouvé pièces en main, que le caillot dans l'artère pulmonaire, se rencontre à la suite de toutes les maladies qui donnent lieu à une longue agonie et qui amènent la mort par asphyxie. On le trouve notamment dans les cadavres de presque tous ceux qui succombent à la phthisie pulmonaire.

Nul doute que chez le plus grand nombre des cholériques qui succombent, il ne se forme un caillot dans l'artère pulmonaire ; je

crois même qu'on peut le diagnostiquer pendant la vie en auscultant le cœur avec attention et en constatant l'existence d'un seul bruit ; mais encore une fois c'est là un effet et non pas une cause. Le choléra porte la perturbation dans toutes les fonctions. Ce n'est pas la circulation seule qui est atteinte, c'est l'économie tout entière qui semble frappée d'impuissance ; les poumons ne décomposent plus l'air inspiré, l'absorption cesse, les glandes sécrétoires arrêtent leur travail, le système nerveux est profondément perturbé. Hypothèse pour hypothèse, j'aime autant celle qui a été produite dans une de nos dernières séances, et qui avait pour but d'établir qu'il y a de grandes analogies entre la fièvre intermittente et le choléra.

Vous le voyez, Messieurs, c'est raison et devoir de combattre ces opinions absolues et si peu fondées. Reconnaissons que jusqu'à présent les efforts des anatomo-pathologistes n'ont pas abouti et que nous ne savons rien de la nature du choléra. Est-ce à dire que nous soyons complètement désarmés ? Je ne le crois pas. L'instinct des malades et le hasard qui ont fait découvrir tant de remèdes précieux, dont l'action n'est pas encore expliquée, ont démontré que l'administration de la glace et du calomel à doses répétées, a donné lieu à des cures nombreuses.

En 1849, sur quatre-vingt-quinze cholériques traités à l'hôpital militaire de Bruxelles, il n'y a eu que dix-sept décès. Une autre remarque importante a pu être faite, c'est que cette méthode épargne presque toujours aux malades la période dite de réaction ; ils passent de l'algidité à la guérison souvent en moins de vingt-quatre heures.

L'honorable M. Graux fait, selon nous, trop bon marché du traitement. Par le moyen que j'indique, dit-il, le médecin remplira au moins un devoir envers la famille en annonçant que la mort est certaine. Nous doutons que même dans les cas les plus graves, un pronostic absolu puisse être porté ; nous avons vu la vie se ranimer chez des malades morts en apparence, et nous devons à un moyen préconisé par M. Graux lui-même (l'application d'un moxa sur le cœur) des guérisons inespérées.

Abandonnons donc ou tout au moins ne donnons pas trop d'importance à ces hypothèses plus ou moins ingénieuses. Le siège primitif du choléra n'est pas plus dans le sang que partout ailleurs.

Nous attendrons l'impression du Mémoire de l'honorable M. Graux pour reprendre cette discussion.

Nous pourrions avoir mal saisi sa théorie et avoir attaché

trop d'importance à des assertions qu'il considère peut-être lui-même comme hypothétiques.

Nous l'attendons à son traitement : nous lui devons déjà, comme je vous le disais tantôt, l'emploi d'un moyen héroïque ; peut-être serons-nous assez heureux pour lui en devoir de nouveaux. Je reconnais que je ne sais rien sur les causes et la nature de cette terrible maladie, et j'éprouverais un bonheur immense à devoir à un ami, à un collègue, à un compatriote le moyen de sortir des ténèbres où je suis encore plongé.

— M. GRAUX : Messieurs, j'ai appelé votre attention sur la formation du caillot dans le choléra ; mais je ne vous ai pas dit qu'il ne s'en formait pas pendant l'agonie des malades succombant à d'autres maladies ; jamais de ces choses-là ne sont entrées dans ma pensée ; mais je viens établir la différence qu'il y a entre le caillot qui se forme pendant la vie à la suite d'une maladie du fluide sanguin, et le caillot qui est la conséquence de la mort de tous les organes à la fois. Nous savons tous que pendant l'agonie, le sang renfermé dans les cavités droite et gauche du cœur et dans les grands vaisseaux, se coagule comme dans un bassin, à la suite d'une saignée.

L'honorable M. Lequime nous cite l'opinion d'un anatomiste sur la formation du caillot. Très-bien. Mais cet anatomiste s'attache-t-il à démontrer que le caillot rencontré chez les cholériques, a la même source et la même valeur que ceux que M. Lequime s'est empressé de vous mettre sous les yeux ? Je dis que non. Nous respectons l'opinion de cet anatomiste, mais nous ne croyons pas que la citation puisse infirmer en quoi que ce soit le fond de notre théorie.

Nous pourrions, d'ailleurs, Messieurs, si c'était le moment, montrer que la pensée de cette citation n'est pas entièrement exacte ; car le caillot d'un sang enflammé, qui se forme dans le bassin après la saignée, ne prouve pas les effets des contractions du cœur.

Je n'ai pas dit non plus que dans tous les cas le caillot rendait la mort inévitable, mais nous avons le droit de soutenir que le sang veineux refroidi à un certain degré, arrivé à une coloration noire exagérée, à un épaissement sirupeux, se coagule en caillot fibrineux dans le ventricule droit, et constitue un obstacle de plus au rétablissement de la circulation et de la réaction.

Quant au traitement, il est subordonné au diagnostic que nous établissons, aux lésions que nous reconnaissons dans le choléra-morbus.

L'honorable M. Lebeau a comparé, et cette idée n'est pas neuve, le choléra-morbus à la fièvre intermittente, et cela parce que les personnes atteintes de l'une et l'autre affection ont froid. Pour nous, nous ne voyons aucune analogie réelle entre le choléra et la fièvre intermittente. Le froid, dans l'un de ces cas, ne ressemble nullement au froid dans l'autre. La fièvre intermittente, quelque grave qu'elle soit, ne présente à l'analyse de ses phénomènes, aucun rapport avec le choléra. Voyons-nous, dans le choléra, les malades, tout froids qu'ils sont à la main du médecin, rechercher les couvertures ? Loin de là, ils s'en débarrassent pour diminuer leur anxiété. Et dans les fièvres intermittentes, trouvons-nous le sang altéré, les convulsions de tous les muscles de l'économie, les ecchymoses ? Non certainement. Je ne pense donc pas que l'opinion de l'honorable membre sera généralement accueillie, et sans entrer dans plus de détails, je déclare que je n'ai nulle confiance dans ce rapprochement entre la fièvre intermittente et le choléra.

L'honorable M. Lebeau nous vante avec une sorte d'insistance la glace qu'il a, dit-il, employée avec succès dans le traitement du choléra. Cette glace dans la bouche des malades a été mise en usage dès le commencement de l'épidémie. On s'en est servi, Messieurs, à Paris, au Val-de-Grâce, et je crois que l'illustre réformateur des doctrines médicales, Broussais, est le premier qui l'ait mise en usage. Sans doute, ce moyen est bon, il satisfait les malades en leur rafraîchissant la bouche et en les désaltérant en apparence par la diversion de la sensation de la soif que son contact fait éprouver sur la langue. Mais le besoin n'est que trompé, vu que les liquides que les malades ingèrent, ne sont pas absorbés et que l'estomac et les intestins sont des réservoirs où remèdes et boissons s'accumulent, où ils se mêlent aux matières qui s'y trouvent, pour être rejetés par les vomissements ou par les selles. La soif persiste, parce que le besoin de l'économie ne peut pas être satisfait. La circulation suspendue dans la période cyanique, met un obstacle insurmontable à l'absorption des liquides. Vous lirez dans le Mémoire les expériences qui ont été faites pour appuyer cette raison physiologique. Ainsi, en 1848, nous avons introduit dans la veine céphalique d'un cholérique une dissolution de sulfate de quinine ; le malade a succombé. Le lendemain nous avons goûté le sang. Eh bien ! à quatre pouces de l'ouverture, il n'était pas amer. Le sulfate de quinine n'avait pas fait un pas au delà de l'effort de la seringue. Il

en est de même des remèdes introduits pendant le choléra, dans le tube digestif. Ils restent là sans produire d'effet, parce que, comme je viens de le dire, toute circulation est arrêtée.

Messieurs, notre théorie a donc pour avantage de faire venir tous les symptômes du choléra se grouper autour d'un fait qui les domine tous et qui les engendre : ce sont les lésions profondes du seul système organique général, du seul système qui fasse instantanément sentir les effets de ses lésions sur l'économie tout entière, et produise au moment même une affection générale. Ce système, c'est le système sanguin. Il est le seul, entre tous les systèmes, dont l'homogénéité, le déplacement de son volume et le cours rapide puissent nous faire comprendre d'une manière satisfaisante l'instantanéité et la gravité des phénomènes du choléra.

Libre à notre honorable collègue d'accepter l'opinion émise dans le Mémoire dont vous avez entendu la lecture à la séance du mois de novembre, de considérer le choléra comme une névrose et une fièvre intermittente et de préférer, hypothèse pour hypothèse, cette opinion à la mienne ; je déclare que je serai de son avis quand il m'aura fait comprendre ce qu'il entend par névrose ou par fièvre intermittente. Ici je vous dépose des lésions appréciables, saisissables par les sens ; ce sont des faits palpables, et ce ne sont pas des hypothèses pour tout le monde.

Messieurs, je me résume, en priant l'honorable M. Lequime de vouloir redoubler de zèle dans ses recherches sur les altérations du choléra-morbus, et examiner surtout les rapports de la diminution du pouls, de sa cessation, de l'état de la respiration et du cœur, lorsque des cas de choléra se présenteront à son observation.

Je prie aussi l'honorable M. Lebeau de nous montrer l'analogie qu'il trouve entre la fièvre intermittente et le choléra-morbus, en démontrant par la comparaison des phénomènes dans l'un et l'autre cas, la similitude des deux affections.

— M. LEBEAU : M. Graux m'attribue à tort l'opinion qui assimile le choléra à certaines fièvres intermittentes algides ; je me suis borné à dire qu'hypothèse pour hypothèse, je préférerais ranger le choléra dans le cadre des névroses. Il y a certainement une immense distance entre le choléra algide et une fièvre intermittente simple, mais si nous arrivons aux fièvres intermittentes syncopales, vous trouvez tous les phénomènes du choléra algide, moins les vomissements et les selles caractéristiques.

M. Graux revient fort souvent sur les symptômes du choléra et sur les lésions anatomiques qu'il produit ; nous pensons qu'il ferait mieux de supposer que nous les connaissons, ce serait un moyen d'abréger de beaucoup la discussion.

Notre honorable collègue me semble exagérer beaucoup la prépondérance du système sanguin sur le système nerveux : le système nerveux, c'est la vie, le sang contient simplement les matériaux de la nutrition. Tous les jours l'homme subit une grande perte de sang, sans que la vie soit gravement compromise ; et ne voyons-nous pas après les pertes utérines les plus graves, l'organisation se reconstituer avec la plus grande facilité ?

L'action nerveuse, selon lui, est lente et les perturbations auxquelles elle est soumise, sont de peu d'importance. Nous croyons qu'il faut retourner l'argument pour être dans le vrai.

La vie peut être anéantie subitement par une atteinte du système nerveux ; les altérations du sang ne donnent lieu en général qu'à des phénomènes qui ne se produisent qu'avec une certaine lenteur.

Quiconque a observé les effets désastreux que le choléra exerce sur l'économie, est frappé de l'altération profonde qu'éprouve toute la vie soumise aux nerfs ganglionnaires. Un poète célèbre, Byron, suppose que le soleil a cessé pour un moment d'exercer son influence sur la terre ; à l'instant tout s'arrête ; les eaux, l'air même se congèlent, la vie générale est anéantie. Le principe du choléra ne semble-t-il pas agir ainsi sur l'individu frappé ? Les poumons cessent d'absorber l'oxygène ; l'hématose s'arrête ; l'absorption, le travail glandulaire, tout ce qui constitue l'action végétative, est subitement enrayé ; mais, comme chez l'homme frappé de la foudre, l'organisation peut reprendre le dessus et l'individu attéré se relève : il succombe si l'action est trop énergique. Rappelez-vous le tableau que nous a tracé notre collègue M. Everard : « Un médecin courageux livré avec ardeur à l'exercice de sa profession, combat encore le choléra chez les autres, lorsque déjà il est frappé lui-même. Appuyé contre une colonne, il répond à un confrère qui observe le changement de ses traits et qui lui demande s'il est malade : « je ne suis pas malade, je suis mort », et à l'instant il tombe privé de vie sans avoir éprouvé les symptômes ordinaires. » Pensez-vous pouvoir expliquer autrement que par une profonde atteinte du système nerveux, cette mort pour ainsi dire instantanée ?

Un savant chimiste, placé à côté de moi, me dit que certains principes du sang une fois séparés de ce liquide, ne sont plus susceptibles d'absorption. Je ne sais si on peut admettre cette assertion d'une manière absolue, mais je sais que les produits du sang dans les phlegmasies des séreuses, se résorbent bien difficilement, si toutefois leur résorption a lieu, lorsque les matériaux qui constituent les liquides vivants, se sont séparés.

— M. SEUTIN : Je serai court ; l'honorable M. Lebeau est allé au-devant de ce que je voulais dire.

Je dois ajouter que si M. Everard a établi une comparaison entre le choléra et la fièvre intermittente, c'est qu'il était convaincu qu'il y a une analogie frappante entre ces deux affections. M. Everard a été en Russie; il y a vu ces fièvres intermittentes, ces fièvres pernicieuses, comme on les y appelle, qui règnent dans les marais et sur les bords des grands fleuves ; et je puis vous assurer que moi aussi, en entrant dans les hôpitaux qui contenaient les personnes atteintes de ces fièvres, je croyais entrer dans des salles de cholériques. Des milliers de soldats, atteints par cette maladie, étaient bleus, cyanosés, anémiques. Je me demandais comment il était possible que, pour être restés trois ou quatre jours dans ces marais, ils eussent puisé un poison capable de jeter un pareil désordre dans le système nerveux. A un degré de plus, il me semble qu'ils eussent été dans l'état où se trouvent les cholériques.

Ainsi donc, et n'en doutons pas, c'est sur le système nerveux que l'action méphitique, marécageuse ou autre, n'importe comme on voudra l'appeler, s'exerce; mais on n'en absorbe pas moins le poison par les poumons ou par la peau, au point que le système nerveux étant atteint partout, aucune fonction ne se fait plus régulièrement et que tous les organes s'altèrent. De là la viciation du sang et le caillot; car l'existence de ce caillot est un fait, mais il est un des effets de la maladie, et ce n'est pas à lui qu'il faut attribuer la mort.

Je pense donc qu'il y a de puissants motifs pour établir une comparaison entre les fièvres intermittentes et le choléra. Ainsi, nous ne connaissons pas plus les caractères essentiels des miasmes des marais, que ceux des miasmes qui nous arrivent d'une manière endémique; dans l'un et l'autre cas, c'est le système nerveux qui est frappé et frappé presque à mort.

On nous parlait tantôt des prédispositions au choléra. Mais M. Carlier et moi nous trouvant à l'infirmerie, à Borghat, nous

avons vu un homme buvant et mangeant bien quelques instants auparavant, atteint sous nos yeux de choléra ; en vain nous employâmes tous les moyens possibles pour combattre la maladie ; rien ne put arrêter le mal ; le malheureux succomba en quelques heures. Pourquoi ? Parce que l'affaissement nerveux était arrivé au point que la vie avait cessé, c'est-à-dire qu'il a été foudroyé par le choléra à cause que depuis trois jours il vivait au milieu des malades sans prendre le moindre repos. Il y a eu chez lui, si on me permet cette expression, imbibition complète qui l'a foudroyé.

— **M. LEQUIME** : En réponse à l'invitation que vient de m'adresser mon honorable collègue, je lui dirai que je suis très-disposé à poursuivre de commun accord avec lui, les recherches que j'ai faites sur la formation du caillot dans le choléra : toutefois, je puis dire dès à présent, en ce qui concerne les résultats auxquels je suis parvenu, que tous les individus qui ont succombé récemment à l'hôpital Saint-Jean, présentaient à leur entrée, non-seulement une absence complète du pouls radial, mais même de l'artère brachiale ; que les battements du cœur étaient à peine perceptibles, et que cependant chez ces malades la vie a persisté pendant huit, douze, et même vingt-quatre heures. L'honorable M. Graux attribue la formation du caillot à l'absence de la circulation ; il n'en est pas moins vrai que le caillot ne suffit pas pour rendre compte de la mort ou des phénomènes observés, et qu'il peut être tout aussi bien effet que cause : car le sang circulant à grand-peine dans les extrémités artérielles et le cœur, exerçant d'autre part une pression continuelle sur l'onde sanguine qui se meut dans ses cavités, il en résulte que le caillot qui se forme, est de plus en plus exprimé, et qu'en fin de compte, il ne reste pour ainsi dire que la fibrine.

— **M. VLEMINCKX** : En l'absence de notre collègue M. Everard, dont je n'ai pourtant pas mission de défendre le travail, je crois devoir rétablir la vérité.

L'honorable M. Everard n'a pas dit que le choléra fût une fièvre intermittente ; il s'est borné à établir des rapprochements. Voici cette partie de son texte : « Je ne prétends point prouver l'identité complète de ces deux ordres de maladies, mais bien les affinités qui existent entre eux. Un jour peut-être reconnaitra-t-on que le choléra, si terrible par ses résultats, n'est qu'un degré de plus de nos épidémies ordinaires du génie intermittent. »

— M. GRAUX : Je n'ai pas parlé de M. Everard.

— M. VLEMINCKX : Vous avez parlé du Mémoire qui avait été lu dans cette enceinte dans la séance du mois de novembre. Il ne peut donc s'agir que de M. Everard.

Puisque l'honorable M. Graux prétend que le choléra consiste primitivement dans une altération du sang, cause prochaine et immédiate de ce caillot qu'il a rencontré au cœur, et qui, suivant lui, est la cause de la mort, qu'il veuille bien nous expliquer quelques-uns de ces phénomènes qui se présentent dans le choléra ; qu'il nous explique et le fait que vient de raconter l'honorable M. Seutin, et plus particulièrement celui que vous a cité M. Everard, et que je reproduis ici textuellement : « Les causes morales dérivant d'une terreur panique provoquent immédiatement une perturbation dans le plexus solaire ; une gêne pressive se fait sentir dans la région épigastrique, accompagnée d'un grand malaise. Quand le choléra menace d'envahir une contrée ou que déjà pour la première fois il frappe aux portes d'une ville populeuse, les habitants éprouvent une inquiétude mortelle, et si enfin un cas de choléra éclate et qu'un malade vient à être transporté dans toute sa laideur vis-à-vis d'une foule effrayée, on voit bientôt surgir des cas foudroyants. »

Tout ceci ne me semble pas, à moi, pouvoir s'expliquer par l'altération du sang et par la formation de caillot.

Pour tout homme non-prévenu, pour ceux qui ont examiné avec soin tous les phénomènes du choléra, du choléra foudroyant comme du choléra léger, la cause première de la maladie consistera dans une altération du système nerveux, et le caillot dont parle l'honorable M. Graux, ne sera qu'une suite possible de cette atteinte : c'est en vain qu'il tenterait de le dissoudre ; s'il ne modifie pas profondément le système nerveux, il ne guérira aucun de ses malades. Mais avant tout, nous devons connaître par quels moyens l'honorable M. Graux cherche à amener la dissolution du caillot de la dernière période. Y a-t-il un moyen ? L'honorable M. Graux n'a pas besoin de faire des recherches dans son Mémoire pour nous le dire. Ce moyen, s'il existe, il doit l'avoir présent à son esprit.

— M. GRAUX : Messieurs, dans le Mémoire que nous avons eu l'honneur de vous remettre, vous ne trouverez aucune recherche tendant à démontrer la cause intime, déterminante du choléra-morbus. Tous nos efforts sur ce point, dans l'état actuel

de la science, n'aboutiront pas plus que ceux qui ont été tentés pour découvrir la cause subite et déterminante de toutes les épidémies. Nous n'avons jamais en dehors des causes connues, mis au jour celles du typhus, de la scarlatine, de la petite vérole, etc.; nous laissons ce soin aux habiles chimistes dont les recherches s'attachent à l'appréciation des corps impondérables; mais ce qui nous occupe exclusivement, ce sont les lésions sensibles et palpables qui constituent les maladies.

Avant de reprendre la discussion, je dois un mot de réponse à l'honorable M. Lebeau, touchant une observation que lui a suggérée un savant chimiste, notre collègue. Il nous demande comment disparaissent les matières albumineuses et fibrineuses déposées dans l'économie. L'honorable M. Lebeau n'a probablement pas réfléchi en nous adressant cette question.

Messieurs, il n'y a pas d'adhérence, pas de fausse membrane qui ne soit susceptible de disparaître par le frottement et la résorption. Ainsi des adhérences de l'intestin avec les parois abdominales, à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, peuvent disparaître; ces brides, comme celles de l'intestin renfermé dans un cercle herniaire, s'allongent, s'étendent, quand l'organe est devenu libre et reprend l'exercice de ses fonctions; elles s'amincissent au point qu'il vient un moment où elles se brisent, et le tout finit par disparaître par le fait d'une fonction que nous nommons absorbante.

L'honorable M. Stas qui a suggéré l'observation sera, espérons-le, satisfait de la réponse.

Messieurs, pour expliquer le choléra, on fait intervenir le système nerveux. En vérité nous voudrions bien savoir jusqu'où s'étendent les limites des systèmes nerveux, et comment les systèmes nerveux produisent des phénomènes semblables à ceux de l'empoisonnement. Ce sont donc aussi les systèmes nerveux qui fomentent le typhus et les épidémies?

Notre honorable collègue M. Everard, dont on a invoqué l'autorité, vous cite une douleur rapportée au ganglion semi-lunaire. Mais, Messieurs, qui de vous oserait appuyer un fait aussi douteux? Sans doute, il y a une profonde anxiété dans la région de l'estomac, à la région précordiale, mais pouvons-nous oublier que le cœur aussi se trouve dans la même région? En l'absence de lésions anatomiques qu'on ne constate point dans le ganglion semi-lunaire, ne vaut-il pas mieux fixer l'anxiété, la dou-

leur précordiale dans le cœur, dont les lésions sont aussi profondes, aussi graves que celles des muscles?

Sans doute, Messieurs, les systèmes nerveux souffrent ; mais ils souffrent comme tous les autres systèmes, consécutivement à l'altération du fluide qui les nourrit et les répare tous ; car c'est dans le sang que les nerfs comme tout le reste de nos tissus, puisent les éléments de vie et de force.

J'aurai l'honneur de répondre à l'honorable M. Lebeau que la fièvre pernicieuse qui prend la forme syncopale et qu'il invoque à l'appui de son opinion, pour montrer les rapports qu'il conçoit entre la fièvre intermittente et le choléra-morbus, n'a aucune analogie avec l'affection dont nous nous occupons. La fièvre syncopale, dans son accès, n'affecte pas la marche du choléra-morbus. Il est vrai que cette névrose peut aller jusqu'à suspendre les mouvements du cœur et occasionner la mort, si la suspension des mouvements du cœur est quelque temps prolongée ; mais altère-t-elle le sang ? Est-ce qu'elle coagule directement le sang, cette fièvre ? Ou cette coagulation n'a-t-elle lieu qu'après la mort ? Est-ce que les malades, dans la fièvre syncopale, conservent aussi leur intelligence ? Évidemment non, et si quelque chose pouvait ressembler d'une manière fort éloignée à une névrose, ce serait la durée de l'accès du choléra dans quelques cas seulement, comparée à celle d'un accès de fièvre intermittente.

Messieurs, j'ai une invitation à faire à l'Académie. C'est celle de nommer une Commission qui se rendrait à ma demande auprès des cholériques que je pourrais encore recevoir dans mes salles de clinique, pour y examiner avec moi les phénomènes de la maladie, dans leurs rapports avec les lésions organiques ; soyez persuadés, Messieurs, que j'apporte dans cette question une foi réelle et une conviction profonde.

— M. VLEMINCKX : Personne n'en doute. Mais l'honorable M. Graux si obligeant, et qui défend son opinion avec une conviction si profonde, ne pourrait-il pas nous donner les moyens à l'aide desquels il parvient à la dissolution du caillot ?

— M. GRAUX : Messieurs, le traitement du choléra-morbus, vous le trouverez dans le Mémoire. Mais je vous dirai d'avance que je n'ai pas mis autant d'empressement que beaucoup d'autres médecins, à recourir aux stimulants accumulés sur les téguments intérieurs et extérieurs. Nos médications ont toujours été la conséquence de notre manière d'envisager l'affection, de notre

diagnostic des lésions recueillies dans le choléra. Chacun vante ses succès; nous pourrions aussi vanter les nôtres; la statistique de l'hôpital Saint-Pierre est là; et cependant nous n'avons jamais eu recours à ces médications violentes, à ces remèdes spéciaux vantés presque comme des panacées, et au moyen desquels on avait obtenu de si beaux résultats ailleurs. Nos remèdes ont varié suivant les circonstances. Ils ont consisté en des saignées au bras, en des applications de sangsues à l'anus, en des préparations opiacées, tantôt douces, tantôt légèrement stimulantes, dans les vésicatoires, les frictions de différentes espèces à la peau, et dans quelques circonstances déterminées dans le *Mémoire*, à l'usage des moxas, etc.; cette dernière partie de la médication était mise en usage dans la période cholérine et dans la période cyanique du choléra. Lorsque la réaction s'établissait, la médication dans nos cliniques prenait un autre caractère. Nous cherchions donc dès le principe à calmer les vomissements et la diarrhée, ou si vous voulez les convulsions de l'estomac et des intestins, en même temps que nous cherchions à entretenir la circulation veineuse. La période de réaction a toujours été pour nous une troisième phase de la maladie qui réclamait impérieusement une médication particulière et appropriée.

— **M. VLEMINCKX** : Et la dissolution du caillot ?

— **M. GRAUX** : Mais je vous demande avant tout, si votre question est sérieuse ? En ce cas, je vous dirai que le caillot disparaît comme les adhérences, comme les fausses membranes, par les moyens qui appartiennent à l'absorption et à l'assimilation.

Vous comprendrez que nous n'entendons pas vous proposer l'admission du caillot avant la cessation du pouls, et dans ce cas il disparaît rarement; car nous le considérons comme la cause de la rareté des succès obtenus par tout traitement, quel qu'il soit. Nous n'entendons pas non plus que le caillot ait la même densité, le même volume à toutes les époques de la période cyanique; nous savons que l'état du cadavre, le refroidissement du corps après la mort, augmentent probablement encore la densité du caillot, mais il revêt dans sa formation toutes les faces de la production d'un caillot à la suite de la mort du sang extrait par la saignée. Il se fait avec plus de lenteur, vu le milieu dans lequel il se trouve; il peut même s'arrêter dans sa formation, si le fluide sanguin cesse de continuer à s'altérer, s'il se ranime dans son mouvement.

Le caillot, variant de volume, peut dans certains cas, laisser passer en petite quantité le sang entre le caillot et l'artère pulmonaire, de manière à alimenter la vie, et alors vous pouvez espérer encore la dissolution du caillot.

— M. LEQUIME : En quelques heures et quand la réaction s'opère ?

— M. GRAUX : C'est qu'il n'y a pas de caillot. Les suppositions de M. Lequime sont gratuites. Je ne connais point d'exemple d'une réaction en quelques heures chez un cholérique dont le pouls radial a cessé de battre. Les signes qui annoncent le caillot, sont la cessation du pouls, un seul battement au cœur, la poitrine sonne comme une caisse, la respiration libre, nette, profonde et puérile; par conséquent l'absence de sang dans les poumons par l'obstacle que lui oppose le ventricule droit. Eh bien ! lorsque ces phénomènes se présentent, il y a de nombreuses raisons pour poser en fait que vous n'arriverez pas à la réaction, et que si par hasard elle se produit, elle ne sera rassurante qu'après huit ou dix jours et même plus, d'un traitement bien entendu. Mais les extrémités froides, la diarrhée, les yeux cernés, la langue froide, la soif, sont les conséquences de l'altération du sang et de la circulation. Dans ce cas, faites en sorte de rendre de la vie au sang, de la liberté à sa marche, et vous arriverez par un traitement qui aurait échoué dans le premier cas, à rendre à l'économie toutes ses fonctions organiques.

L'honorable M. Lebeau vous disait tantôt que le système nerveux était la vie, que le sang n'était qu'un des matériaux de la vie, que l'on pouvait subir de grandes pertes de sang sans que la vie fût très-gravement compromise. Nous répondrons à M. Lebeau que les systèmes nerveux ont sans doute d'importantes fonctions à remplir dans l'économie ; mais il ferait très-bien pour nous éclairer, de définir ce qu'il entend par la vie. Et pour ne pas nous éloigner de l'objet qui nous occupe en ce moment, nous lui dirons que le système nerveux a autant besoin et peut-être un besoin plus pressant de l'influence d'un sang physiologique pour l'exercice de toutes ses fonctions, que le sang n'a besoin du système nerveux pour sa composition et l'exercice des siennes. M. Lebeau est dans l'erreur, dans la plus complète erreur, attendu que dans le choléra, les systèmes nerveux principaux sont à peine altérés dans l'exercice de leurs fonctions respectives ; ainsi l'intelligence, la vue, l'audition sont dans un état à peu près sain ; mais ce sont les fonctions de la vie de nutrition

qui souffrent exclusivement; et si l'économie succombe, c'est que les solides partout sont mis en contact avec un sang étranger. C'est dans l'arrêt des sécrétions, des nutriments, des calorifications, etc., que réside le danger.

Une personne peut perdre beaucoup de sang, dit M. Lebeau, sans qu'elle succombe. Mais M. Lebeau interprète encore la chose ici d'une manière peu physiologique; car il est positif que ce n'est pas la quantité de sang qui entretient la vie, mais sa qualité, et l'honorable collègue, tout en voulant combattre notre opinion, nous fournit ainsi la preuve que les malades ne succombent, y compris les systèmes nerveux, que parce que la circulation est inhabile à exciter la vie.

En conséquence, le choléra doit être considéré comme une asphyxie, non pas occasionnée par l'absence de l'air atmosphérique, mais bien par l'incapacité du sang, en raison de ses altérations, à s'hématoser dans les poumons, et par l'impossibilité physique où le sang se trouve de pénétrer dans cet appareil.

— M. SKUTIN : Je ne suivrai pas l'honorable M. Graux dans toutes les phases de ses raisonnements; car pour moi il y a dans sa manière d'argumenter, un peu de métaphysique médicale, et lorsqu'on lui pose une question aussi simple que celle que lui a adressée notre honorable président, il n'y répond nullement; il nous expose des théories qu'on pourrait combattre les unes après les autres, mais ce n'en est pas ici le lieu; je me renferme dans la question du traitement.

Vous venez d'entendre exposer le traitement, fort rationnel, selon lui, qu'emploie l'honorable M. Graux; mais le tout est de savoir si ce traitement produit de bons ou de mauvais résultats. Permettez-moi d'ailleurs de vous dire que ce n'est pas là le traitement seul et unique qui se pratique à l'hôpital Saint-Pierre.

J'ai parlé très-longuement ce matin encore, à M. le professeur Pigeolet, chargé dans cet hôpital du traitement des maladies des enfants, et sans entrer dans beaucoup d'explications, ce confrère m'a dit : « Je ne sais trop comment cela se fait, mais j'en guéris et j'en guéris même assez bien. »

Est-ce en dissolvant le caillot qu'il obtient ces résultats? Je ne suis pas d'avis que le caillot dont il est tant question, ne puisse pas se dissoudre; il peut se dissoudre par la réaction, par l'énergie du cœur; mais M. Pigeolet emploie un moyen qui a été préconisé depuis longtemps, qui donne au sang plus de fluidité pour circuler, qui le liquéfie, c'est le calomel; et je suis

autorisé à vous rapporter ce fait : il a eu dix cholériques et sur les dix, trois sont morts. Or, chez les sept autres, le caillot a pu avoir existé ; toutefois je ne dis pas que ces petits cholériques étaient atteints au même degré que ceux que M. Graux a traités.

— M. GRAUX : Le caillot s'est rencontré dans les trois enfants dont on a fait l'autopsie.

— M. SEUTIN : Oui, mais ceux qui ont été soumis à l'action dissolvante du calomel ont été guéris, et j'ai vu la plupart de ces petits cholériques ; j'en ai vu encore un aujourd'hui ; il était arrivé à l'état cyanosé.

— M. GRAUX : Pas du tout ; il a toujours eu du poulx. Soyez donc vrai.

— M. SEUTIN : Vous ne devez pas douter de la vérité de ce que je dis. J'ai vu des enfants cyanosés au dernier degré, et ceux-là sont morts ; mais j'ai vu des enfants cyanosés à un degré moindre, et ceux-là sont guéris.

Je ne suis ici que narrateur, et s'il m'était permis de parler de moi, je recourrais à la mémoire de notre honorable président. Nous avons traité ensemble un adulte de 35 à 45 ans parfaitement cyanosé, et je demande si le mercure n'a pas fait merveille dans cette circonstance, comme il l'a fait dans dix autres.

— M. GRAUX : Quel était votre traitement ?

— M. SEUTIN : Je vais vous le dire ; je ne fais pas pour cela de difficultés. Le traitement de M. Pigeolet est de donner le calomel à un demi-grain ou à un quart de grain, toutes les heures ou toutes les deux heures, même quelquefois toutes les demi-heures. Je lui ai demandé s'il y avait eu salivation ; il m'a répondu que la salivation s'était produite une ou deux fois. Mais si M. Pigeolet a obtenu ces succès, je le répète, je ne prétends pas que les enfants qu'il a traités, étaient atteints d'une cyanose et d'un choléra aussi profond que les malades qu'on a apportés à M. le professeur Graux.

Nous ne nous sommes pas bornés à ce seul traitement, et l'honorable M. Graux lui-même n'est pas aussi exclusif qu'on pourrait le croire. Il écoute tous les sages conseils qu'on lui donne. Ainsi, dans notre dernière séance, après que M. Everard avait bien voulu nous initier à la méthode de M. le docteur Mandt, médecin de l'Empereur de Russie, je me suis permis de lui dire : « Vous ne nous quitterez pas sans nous avoir guidé de vos conseils. » Nous nous sommes rendus à l'hôpital dans les salles confiées aux soins de M. Graux. Il s'y trouvait depuis quelque temps

un cholérique ; il était cyanosé. Les internes et les externes se sont mis à la besogne. M. Everard a travaillé avec nous, et le cholérique est mort comme par le traitement avec l'opium et les vésicatoires, etc. M. Graux a alors employé le même traitement pour d'autres cholériques; il les a fait frictionner avec la glace et le sel, en se conformant entièrement aux indications tant internes qu'externes indiquées par M. Everard; et ces cholériques sont morts ! Ainsi vous voyez que tous les traitements sont inutiles, lorsque l'action délétère frappe subitement et fortement, ou que l'on tarde à demander du secours.

Je profiterai de la présence de M. Carlier pour vous dire encore un mot de l'infirmier de la barraque de Grimberghe, à Borgh, qu'il a vu avec moi. Cet infirmier a commencé à avoir le choléra sous nos yeux, dans la matinée, et huit à neuf heures après, il était mort. Or, je demande s'il n'y a pas eu chez lui imbibition complète, établie à la longue. Il a pris en un instant une dose très-forte de *l'agent cholérique*, et il est mort sans que rien pût arrêter la marche de la maladie.

Si deux fois le traitement de M. Everard ne nous a pas réussi, ce n'est pas une raison pour que nous nous découragions; car on l'a mis en usage dans des cas excessivement graves. Faisons mieux; tous les éléments sont à nos portes; nous n'avons qu'à ouvrir la fenêtre, nous avons de la neige, de la glace; les médicaments sont prêts. Profitons des lumières qu'on a bien voulu nous donner. Nommons une Commission de trois ou de cinq membres, chargée d'aller essayer ce traitement à l'hôpital Saint-Pierre, à l'hôpital Saint-Jean; et ne croyez pas que vous abaissiez ou que vous commettiez un acte d'inhumanité en soumettant des malheureux à un traitement que vous n'approuvez pas. Je conjure l'Académie de nommer cette Commission et de la charger de nous faire un rapport dans la prochaine séance.

Je crois que nous ne pouvons faire mieux que de mettre à exécution le conseil qu'on vient nous donner ici.

— M. STAS : Vous comprenez, Messieurs, qu'il ne peut pas entrer dans mes intentions de parler de la nature et du traitement du choléra, ces questions sont trop étrangères à mes études habituelles. Je me propose seulement de présenter à l'honorable M. Graux quelques observations sur l'opinion qu'il vient d'émettre. Notre collègue attribue le choléra à une altération du sang. On ne peut méconnaître que chez les cholériques, surtout chez ceux qui sont dans la période organique, il y a altération

de ce fluide ; mais cette viciation est une conséquence de l'élimination de quelques-uns des principes du sang pendant la maladie, et ne préexiste point à l'affection cholérique. En effet, le sang des cholériques perd par suite des déjections une grande quantité de son albumine, et de ses sels alcalins et terreux. Tous ceux qui ont eu occasion de les examiner, y ont rencontré ces principes en quantité plus ou moins considérable. En 1849, j'ai été dans le cas d'analyser le produit de trois vomissements d'un cholérique et j'y ai découvert comme dans les déjections par le bas, des alcalis, du sel marin et une quantité très-notable d'albumine. Il est donc raisonnable d'attribuer l'état du sang pendant le choléra à la soustraction de quelques-uns de ses principes par les déjections.

En tout cas, si chez les cholériques à la période cyanique il y a véritablement formation de caillots fibrineux dans le cœur, ce n'est pas par la médication indiquée par notre confrère qu'on peut espérer opérer leur liquéfaction et leur résorption ; les médicaments qu'il emploie ne renferment aucune substance capable de restituer au sang ses principes éliminés et de liquéfier les caillots fibrineux.

Je pense donc que l'opinion émise par M. Graux est purement imaginaire.

— M. DAUMERIE : J'aurais désiré ne pas prendre la parole avant d'avoir lu avec attention le Mémoire de l'honorable M. Graux, car la discussion que nous avons aujourd'hui, me paraît un peu décousue, et il est très-possible qu'après avoir lu le travail de M. Graux, nous soyons d'accord avec lui sur une foule de points.

Permettez-moi cependant de présenter quelques observations.

Il y a un point, me paraît-il, qui a été singulièrement perdu de vue, et c'est pourtant le point important, ce point le voici : les prodromes de la maladie, la diarrhée qui la précède, et le choléra sont-ils identiques ? Est-ce la même chose ? Je n'ai pas entendu dire un mot de cela, et selon moi, c'est la question fondamentale.

— M. LEBEAU : Nous combattons un principe, M. Graux nous a parlé de l'altération du sang ; il n'a pas dit en quoi elle consistait ; il n'a pas dit la cause probable de cette altération.

— M. GRAUX : Je ne la connais pas.

— M. DAUMERIE : S'il y a eu une discussion que je n'ai pas entendue, je n'insiste pas, mais j'aurais désiré que cette discussion fût remise jusqu'après l'impression du Mémoire.

— M. VLEMINCKX : Il est probable qu'elle reprendra ; mais voici la vérité des faits : l'honorable M. Graux était inscrit pour donner lecture de son Mémoire ; conformément au règlement, il s'est borné à nous en donner un sommaire, et ce sommaire nous a appris que le point fondamental de son travail était ce caillot dont vous avez entendu tant parler. Cette question est exclusive de toutes les autres, et c'est celle-là seule qui a été le sujet de la discussion.

— M. DAUMERIE : Il me paraît que pour se livrer convenablement à une pareille discussion, il faut connaître le Mémoire qui doit lui servir de base. Lorsque d'ailleurs l'honorable M. Graux dit que dans le choléra le sang est altéré, il a parfaitement raison.

— M. LEBEAU : Je suis obligé de prendre encore une fois la parole pour répondre à une interpellation de mon honorable collègue M. Graux. Il me demande si je crois que les produits solides du sang sont insolubles ; je n'en sais rien. Je sais seulement que leur absorption, si elle a lieu, est lente et difficile ; voyez plutôt les produits qui se déposent sur les séreuses pendant les inflammations : presque tous les cadavres montrent des adhérences des plèvres (car la pleurésie est une maladie beaucoup plus commune qu'on ne le croit encore), et si les produits morbides qui se déposent à l'orifice de l'aorte et sur les valvules du cœur dans l'endocardite, se résorbaient facilement, on ne verrait pas les maladies du cœur si fréquentes à la suite de cette phlegmasie, maladies qui résultent de l'obstacle permanent que ces produits apportent à la circulation.

D'ailleurs, il ne s'agit pas ici de savoir si, par un travail long et difficile, l'organisation parvient à débarrasser les organes des produits albumineux et fibreux ; il s'agit d'un caillot récemment formé, dense et volumineux, qui doit disparaître en quelques heures sous peine de mort.

Messieurs, je me sens incapable de répondre à tous les arguments que M. Graux apporte dans la discussion ; il fait de tels écarts et soutient des opinions si extraordinaires que force nous est *d'en passer, et des meilleurs*. Selon lui, chaque fois que le poulx cesse de battre chez un cholérique, le malade est mort.

— M. GRAUX : Vous exagérez. J'ai dit que c'était dans le choléra une grande probabilité de mort.

— M. LEBEAU : C'est déjà une grande concession que vous nous faites.

Il me reste cependant à répondre encore à une assertion de M. Graux. Le sang, dit-il, est le principe nécessaire de la vie ; quand il est en *petite quantité* ou *affaibli*, l'homme est passible de toutes les maladies : il n'admet pas que le système nerveux soit frappé, car chez les cholériques l'intelligence est rarement affectée. Je n'ai pas à faire observer à un aussi savant physiologiste, qu'il y a une différence entre les nerfs de la vie de nutrition et ceux de la vie de relation ; remarquez aussi que l'homme est surtout exposé aux influences cholériques quand le système nerveux est énérvé ; la peur, le sommeil, livrent l'homme désarmé, quelle que puisse être l'énergie de sa circulation.

La force morale bien plus que la force physique résiste au mal ; c'est ce que l'on observe tous les jours dans les hôpitaux ; les sœurs de charité préoccupées d'un grand et religieux devoir, ne songent guère au danger des maladies, et je ne crois pas qu'une seule ait été frappée.

Que M. Graux me pardonne encore une fois mon opposition un peu vive. Je crains les hypothèses en médecine pratique, et si j'osais parodier les paroles d'un grand médecin, je dirais que l'esprit d'hypothèse et de supposition, que l'amour du merveilleux si énergique chez les hommes doués d'une intelligence supérieure, ont tué plus de malades que la poudre à canon.

Nous trouverons, sans doute, des choses utiles dans le travail de notre honorable collègue, et nous lirons avec intérêt le Mémoire qu'il nous promet ; mais la base de son travail nous a paru mal fondée et nous avons dû l'attaquer.

— M. VANDEN BROECK : Vous avez entendu, Messieurs, ce que vous a dit l'honorable M. Stas relativement aux phénomènes qui se produisent dans le sang des individus atteints du choléra ; ces faits ne sont contestés par personne.

L'honorable M. Graux place spécialement dans l'altération primitive du sang, la cause des phénomènes cholériques. Comme conséquence nécessaire, les moyens thérapeutiques qu'il emploie doivent aller à l'encontre des phénomènes qui se manifestent. Rappelez-vous, Messieurs, ce qu'il nous a dit : rendez au sang sa coloration, son aspect, sa liquidité, rendez-lui les éléments qui lui manquent ; la guérison n'est qu'à ce prix ! C'est donc dans le traitement de l'honorable M. Graux que doivent se rencontrer ces moyens d'arriver à restituer au sang les immenses, les nombreuses facultés qui lui manquent. Or, comme vous l'a fait observer l'honorable M. Stas, il n'est aucun des éléments qui

constituent la base du traitement de l'honorable M. Graux, qui puisse conduire à ce résultat, il n'en est aucun qui se rapproche à un million de lieues près, des qualités que devrait posséder une médication pour produire un résultat semblable.

Je crois, comme l'honorable M. Lebeau, que l'honorable M. Graux a tort de voir dans l'altération du sang le principe primitif du choléra, et que l'opinion qui le considère comme provenant d'une lésion spéciale des centres nerveux, est plus fondée. La grande rapidité de transmission des phénomènes nerveux, rapidité plus ou moins méconnue par M. Graux, et qui s'est manifestée dans toutes les expériences qui ont été faites, tendrait encore à donner à cette dernière opinion plus de valeur qu'on ne semble vouloir lui en accorder.

(M. Vleminckx remplace M. Verheyen au fauteuil.)

— M. GRAUX : L'honorable M. Lebeau nous dit qu'on ne voit jamais d'albumine et de fibrine se résorber dans l'économie; après avoir donné dans notre exposition précédente des preuves incontestables du contraire, nous espérons en donner une dernière qui fera revenir M. Lebeau à l'évidence. Qu'arrive-t-il dans un cas de fracture comminutive avec épanchement de sang pur et formation d'un caillot sous la peau, dans l'intervalle des muscles quelquefois déchirés? Que devient ce caillot lorsque la suppuration n'est pas la conséquence de ces délabrements? Ne disparaît-il pas complètement par la résorption? Comment les ecchymoses disparaissent-elles? Comment les épanchements dans les tissus rentrent-ils dans la circulation?

J'ai aussi quelques mots à répondre à l'honorable M. Stas. Il vous a dit que chez les cholériques les produits des déjections alvines et de l'estomac, étaient composés d'albumine, d'eau et de différents sels, ce qui répond à la sérosité du sang. Cela est vrai, et c'est aussi le résultat que nos analyses nous ont donnés. Maintenant quelle différence y a-t-il entre ces produits et la sérosité du sang? Il ne peut pas y en avoir, attendu que dans notre opinion, ces produits proviennent de la disjonction des éléments organiques du fluide sanguin. Mais est-ce une raison en physiologie, qui peut autoriser la science du chimiste à faire reposer le traitement du choléra-morbus sur des matières salines, dans le but de liquéfier les matières albumineuses du sang et de rendre à ce fluide les sérosités qui lui manquent, dit-on? Evidemment on part d'un point supposé. Car ce ne sont pas les sérosités qui manquent, mais c'est le sang qui s'épaissit par la diminution ou

l'absence de ses forces organiques, d'où en grande partie la perte de sa fluidité : les évacuations alvines ou albumineuses se réduiraient à peu de chose, que le choléra aurait pour résultat les mêmes conséquences. C'est pour cette raison, Messieurs les savants chimistes, que je dis encore, qu'au-dessus des lois physiques et chimiques, il est un autre ordre de forces, que nous nommons organiques, expliquées par la physiologie.

Je n'ai dit nulle part, ainsi qu'on veut le faire croire, qu'il existait dans tous les temps du choléra, un caillot, et qu'il était uniquement la cause de la mort ; mais je prétends que le caillot une fois formé est un obstacle de plus placé à l'entrée des poumons et s'opposant au rétablissement des fonctions de l'hématose. Soyez donc, Messieurs, moins étonnés, quand le caillot existe, de voir échouer tous vos efforts. Quel que soit votre traitement, quels que soient les moyens que le génie de la médecine ait inventés, vous échouerez généralement dans un cas pareil.

— M. THIERNESSE : L'heure de la séance étant trop avancée, je ne dirai que quelques mots relativement à la résorption des dépôts ou des caillots fibrineux. Combattant l'hypothèse de l'honorable M. Graux sur la nature du choléra, maladie qui, suivant ce dernier, consisterait en une altération du sang, se décélant surtout par la coagulation de ce liquide dans les vaisseaux, l'honorable M. Lebeau se fonde surtout sur ce que, suivant M. Stas et lui, les caillots fibrineux ne seraient pas susceptibles d'être résorbés ; qu'en conséquence toutes les personnes atteintes du choléra devraient succomber, par suite de l'obturation des principaux vaisseaux.

Je ne comprends pas que M. Lebeau mette tant d'insistance à soutenir cette opinion que mille faits contredisent. Rien n'est plus commun, en effet, que la résorption des pseudo-membranes et des caillots ou dépôts de fibrine dans les cavités splanchniques, dans le tissu cellulaire et même dans les vaisseaux.

Tout le monde, ici, connaît aujourd'hui quelque chose de la pleuropneumonie épizootique du gros bétail. On sait que la principale lésion organique dont elle est accompagnée, consiste en une exsudation fibrineuse très-forte dans le tissu cellulaire interlobulaire des poumons, exsudation donnant à l'hépatisation de ces organes, une forme marbrée remarquable. Eh bien ! cette induration marbrée, les exsudations fibrineuses aux-

quelles elle est due, sont susceptibles de disparaître et disparaissent toujours, mais au bout d'un laps de temps très-long, lorsque l'animal qui en est atteint, se guérit. Comme la plupart d'entre vous le savent, le poumon ou la partie de poumon hépatisée est bientôt, dans ce cas, enveloppée d'un kyste, dont la membrane résultant elle-même d'exsudations, s'applique à sa surface et le pénètrent d'espèces de villosités, par lesquelles la résorption en a lieu.

Si nous ne nous trouvions arrivés à l'heure où votre séance doit être clôturée, j'entrerais aussi dans quelque détails relativement à la nature du choléra. Je chercherais à démontrer que l'hypothèse qui consiste à considérer cette maladie comme étant une altération primitive du sang est infiniment plus vraisemblable que celle qui tend à la faire envisager comme une maladie purement nerveuse. C'est qu'en effet, s'il est vrai, et on ne peut en douter, que le choléra reconnaisse pour cause première l'influence miasmatique, le sang doit être affecté avant le système nerveux. Et c'est, du reste, ce qui résulte de l'observation des populations d'un pays où cette redoutable épidémie sévit : tout le monde en est atteint ; personne n'est exempt d'indispositions attestant les efforts de l'organisation pour éliminer les principes morbifères introduits dans le sang et viciant ce liquide.

— **M. LE PRÉSIDENT** : Il est apparent que vous voudrez reprendre cette discussion, lorsque le Mémoire de l'honorable **M. Graux** sera imprimé. **M. Seutin** vient de déposer sur le bureau une proposition que déjà il a développée, et qui consiste à faire nommer par l'Académie une Commission de trois ou de cinq membres chargés d'appliquer le traitement employé en Russie, et dont **M. Everard** est venu nous entretenir dans la dernière séance. Je ferai remarquer à **M. Seutin** que nous ne sommes pas en nombre pour prendre une résolution.

— **M. SEUTIN** : C'est un acte de bonne volonté que je demande à l'Académie. A **MM. Lequime, Lebeau et Graux**, le Bureau peut adjoindre trois ou quatre membres.

— **M. LE PRÉSIDENT** : Du moment où nous ne pouvons prendre de résolution, il nous est impossible de former une Commission ; mais nous devons espérer que des membres de cette assemblée voudront constater les résultats du traitement de **M. Everard**.

— **M. CARLIER** : Il me semble qu'il eût été préférable de recommander ce traitement aux chefs de service des hôpitaux et

des grands établissements temporaires. Il est difficile d'employer ex abrupto un nouveau traitement.

— M. LE PRÉSIDENT : Le Mémoire de M. Everard est imprimé ; tous les médecins ont pu le lire. Ils peuvent donc faire l'application de sa méthode comme d'autres traitements, d'après les lectures qu'ils ont faites. Nous n'avons pas d'autres éléments pour appliquer cette méthode que ceux que nous a donnés M. Everard.

— M. SEUTIN : Dans un mois les éléments d'application nous manqueront.

— M. LE PRÉSIDENT : C'est aux chefs de service des hôpitaux à faire l'application des moyens qu'ils croient utile d'essayer.

— M. SEUTIN : Les chefs de service des hôpitaux sont plus à même que d'autres de faire cette application ; mais mes recommandations s'adressent à tout le monde.

La séance est levée à deux heures trois quarts.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

LISTE CHRONOLOGIQUE des édits et ordonnances des Pays-Bas Autrichiens, de 1700 à 1750. Bruxelles, 1851, 1 vol. in-8°.

LISTE CHRONOLOGIQUE des édits et ordonnances des Pays-Bas Autrichiens, de 1751 à 1794, 1^{re} partie, 1751-1780. Bruxelles, 1853, 1 vol. in-8°.

LISTE CHRONOLOGIQUE des édits et ordonnances de la principauté de Liège, de 1684 à 1794. Bruxelles, 1851, 1 vol. in-8°.

LISTE CHRONOLOGIQUE des édits et ordonnances de la principauté de Stavelot et de Malmédy, de 1650 à 1793. Bruxelles, 1852, 1 vol. in-8°.

PROCES-VERBAUX des séances de la Commission royale pour la publication des anciennes lois et ordonnances de la Belgique, 2 vol. in-8°.

MANUEL D'HYGIÈNE à l'usage des habitants des campagnes ; par M. Swéron. Malines, 1 br. in-8°.

TOPOGRAPHIE et statistique médicales du canton de Haecht (Brabant) ; par le même. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

MEMORIA sobre a applicação do acido arsenioso, ou arsenico branco do commercio, no tratamento das febres intermitentes nas enfermarias de clinica medica da escola medico-cirurgica de Lisboa ; O. dr Ant. José de Lima Leitao. Lisboa, 1853, 1 br. in-8°.

ANNUAIRE de l'Observatoire royal de Bruxelles ; l'année 1854, par M. A. Quetelet, pour 1 vol. in-12.

DE LA CONSOMMATION de la viande de boucherie à Lille, en 1852 ; par M. Loiset. Lille, 1853, 1 br. in-8°.

PREMIER MÉMOIRE sur l'enzootie foudroyante (myélite dorso-lombaire) attaquant toutes les espèces herbivores dans le nord de la France ; par le même. Lille, 1853, 1 br. in-8°.

NOTICE des travaux de la Société de médecine de Bordeaux ; par M. Burguet, secrétaire général. Bordeaux, 1853, 1 br. in-8°.

QUELQUES MOTS sur l'inoculation du bétail, adressés à M. le docteur Didot ; par M. J.-M.-J. Desaiève. Paris, 1853, 1 br. in-8°.

CARACTÈRES des figures d'Alexandre le Grand et de Zénon le stoïcien, éclairés par la médecine ; par M. le docteur A. Dechambe. Paris, 1852, 1 br. in-8°.

DE LA MONOMANIE homicide-suicide ; par le même, 1 br. in-8°.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie, rédigée par le même ; les nos 1 à 11, année 1853.

DE LA SURETTE miliaire, de sa nature et de son traitement ; par M. le docteur A. Foucart. Paris, 1854, 1 vol. in-8°.

MÉMOIRE d'hygiène publique sur cette question : Rechercher l'influence que peut exercer l'éclairage au gaz sur la santé des masses dans l'intérieur des villes ? par M. le docteur Evariste Bertulus. Marseille, 1853, 1 br. in-8°.

CONGRÈS de statistique réuni à Bruxelles les 19, 20, 21 et 22 septembre 1853, compte-rendu par M. Xavier Heuschling, 1 br. in-8°.

OBSERVATIONS d'affections régulièrement périodiques ; par M. J. Mazade. Alais, 1845, 1 br. in-8°.

NOUVELLES observations sur l'emploi des préparations mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde ; par le même. Nîmes, 1849, 1 br. in-8°.

BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur ; le cahier de novembre 1853.

BULLETIN de l'Académie royale des Sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique ; le n° 10 du tome XX.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; le cahier de décembre 1853.

ARCHIVES générales de médecine; le cahier de janvier 1854.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une Société de médecins; le cahier de novembre 1853.

NEDERLANDSCH LANCET; le cahier de septembre 1853.

ANNALES d'oculistique; la 6^e livraison du tome XXX.

MONTHLY journal of medical science; le cahier de décembre 1853.

MONITEUR de l'enseignement, publié sous la direction de M. Hennebert; les nos 9 à 12 du tome IV.

BOLETIN de medicina, cirugia y farmacia; les nos 152 à 156.

UNION médicale; les nos 50 à 52, année 1853.

LA PRESSE médicale belge; les nos 50 à 52, année 1853.

LE SCALPEL; les nos 12 à 15, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris; les nos 49 à 53, année 1853.

ALLGEMEINE Medicinische Central-Zeitung; les nos 88 à 98, année 1853.

JOURNAL de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers; le cahier de décembre 1853.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée; les nos 11 et 12, 5^e année.

GAZETTE médicale de Strasbourg; le n^o 12, année 1853.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale; publiées par les docteurs René Vanoye et J. Ossieur; la 12^e livraison, année 1852-1853.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques; le cahier de décembre 1853.



MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

DÉCEMB. 1855.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE celcius, de l'air, à 9 h. du matin.	EXTRÊMES de la température centigrade relevée à midi. Maximum. Minimum.	QUANTITÉ d'eau recueillie, à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
1	763,42	0,8	3,4	2,7	S.-SE.	Très-beau.
2	759,05	-1,0	4,3	2,8	SE.	Superbe ; serain tout le jour.
3	759,75	0,0	4,0	1,6	S.	Superbe ; brouillard le matin et le soir.
4	759,97	1,8	5,3	0,2	SE.	Beau temps, humide.
5	758,11	2,7	5,7	0,2	SE.	Brouillard le matin et le soir, se découvre l'après-midi ;
6	758,47	3,3	4,6	3,0	SE.	Couvert ; brumeux. [Vers 10 h. 1/4 s. pluie forte.
7	760,57	2,3	4,2	1,7	NO.	Couvert ; brumeux.
8	762,40	1,6	4,0	1,3	NNO.	Couvert ; brumeux.
9	765,93	0,0	3,2	0,7	ENE.-E.	Beau, vent piquant ; se découvre le soir.
10	763,16	3,2	0,9	4,0	E.-ESE.	Très-beau ; vent piquant.
11	762,05	4,7	1,5	5,8	SE.-ESE.	Nuageux, beau.
12	759,28	-0,2	1,6	2,3	SE.	Très-beau.
13	751,73	3,0	6,6	2,3	SE.-S.	Très-beau ; doux.
14	759,77	1,5	7,5	1,9	SE.-E.	Très-beau, mais vent froid le soir.
15	756,19	-3,8	1,0	5,5	N.-SO.	Sombre, neigeux.
16	758,21	-1,6	0,1	6,5	SE.-SO.	Neigeux.
17	756,96	-5,6	-0,1	2,93	OSO.-ENT.	Gris, neigeux.
18	755,31	-7,4	-4,4	0,13	SSR.-SE.	Brumeux le matin ; très-beau mais excessivement froid
19	759,06	-9,2	-5,6	0,19	SE.-E.	Froid, nuageux, assez beau. [le reste du jour.
20	753,44	-0,7	5,8	0,07	SE.-E.	Assez beau, dégel partiel.
21	756,73	-0,7	0,1	5,0	E.-ENE.	Couvert ; temps calme.
22	758,96	-1,2	0,9	1,9	ENE.	Couvert ; vent froid le matin, serain le soir.
23	763,45	-4,0	1,7	6,9	SO.-NE.	Neigeux le matin ; brume le soir.
24	758,91	-1,0	0,6	2,0	ENE.-ESE.	Couvert, brumeux.
25	764,85	-1,9	1,0	6,25	SE.-E.	Superbe, froid excessif ; pas un nuage.
26	762,42	-14,9	8,2	16,5	SE.-E.	Superbe, froid excessif ; se couvre le soir.
27	754,96	-2,9	11,7	1,15	OSO.-NE.	Neigeux ; brouillard le soir.
28	753,96	-6,6	2,0	2,55	SE.-ENE.	Assez beau ; brouillard le matin.
29	762,77	-6,1	4,8	10,6	NE.	Très-beau, sauf le matin.
30	768,41	-5,3	3,9	11,0	SO.-O.	Bourrasques de neige.
31	750,16	-0,0	0,4	2,9	SO.	Assez beau.

**SÉANCES DES 4, 11, 12, 25 ET 26 FÉVRIER,
1^{er} ET 8 AVRIL 1854.**

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur a transmis à l'Académie les observations de la Commission médicale de Namur sur l'avant-projet de loi concernant l'exercice de l'art de guérir. Ce document a été soumis à la Commission de législation, avec une requête des pharmaciens de la province de Limbourg, relative au même objet.

M. le Ministre de l'Intérieur a donné à la Compagnie, pour être placé dans la salle des séances, le buste en marbre de feu M. le professeur Baud. — Des remerciements ont été adressés à M. le Ministre.

L'Académie a reçu, par l'entremise de M. le Ministre de l'Intérieur, le onzième volume de la deuxième série des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, publiés en France par le Département de la guerre.

Par une lettre du 15 février, M. le Ministre de l'Intérieur a exprimé le désir de recevoir, dans le plus bref délai possible, l'avis qu'il a demandé à la Compagnie, sur l'avant-projet de loi concernant l'exercice de l'art de guérir.

M. le Ministre de l'Intérieur a transmis à la Compagnie un exemplaire du travail de M. le docteur Paula Candidot, sur les causes auxquelles il faut attribuer les ravages que la fièvre jaune a faits à Rio-de-Janeiro.

II. — CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

Par une lettre datée du 6 janvier, M. De Hemptinne fils a annoncé la mort de son père, l'un des membres titulaires de l'Académie. Une lettre de condoléance a été adressée à la famille.

La Commission qui a été chargée d'assister aux funérailles de M. De Hemptinne, se composait de MM. Daumerie, Graux, Marinus, Sauveur et Tallois. M. Sauveur a prononcé le discours suivant au nom de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine :

« Messieurs,

« Depuis un an, l'Académie royale des sciences et l'Académie royale de médecine ont eu à déplorer la mort de plusieurs de leurs membres.

« La perte qu'elles viennent de faire en la personne de M. De Hemptinne n'est pas la moins sensible, car elles voyaient en lui un homme instruit, laborieux, modeste, d'un esprit juste et droit, d'un commerce sûr et facile.

« Vous savez tous, Messieurs, que c'est au sein même de l'Académie de médecine, et à l'issue d'une séance dans laquelle il avait pris la parole, que notre collègue fut frappé du mal qui devait nous le ravir en peu d'heures.

« Je ne puis me constituer ici l'historien de sa vie, et encore moins l'appréciateur de ses travaux. Cette double tâche sera remplie ailleurs, par un de ses amis qui a reçu son dernier soupir, et qui, mieux que moi, saura rendre à sa mémoire l'hommage qui lui est dû (1).

« Auguste-Donat De Hemptinne naquit à Jauche, le 15 août 1781. Arrivé à l'âge où il devait se choisir un état, son goût pour les sciences et le caractère de son esprit l'entraînèrent vers la pharmacie, art modeste, mais qui, par son importance, exige de ceux qui l'exercent, des qualités dont le commun des hommes ne leur tient malheureusement pas compte. Notre collègue était trop jaloux de l'honneur de sa profession, pour se soustraire, en quoi que ce fût, aux devoirs qu'elle impose. Peu ré-

(1) Une notice biographique sur M. De Hemptinne a été promise par M. Stas; elle paraîtra dans le prochain *Annuaire* de l'Académie des sciences.

pandu dans le monde, dont le détournait la noble simplicité de ses mœurs, il consacrait à l'étude les moments qu'il ne donnait pas aux affaires et à sa famille.

« Ceux qui l'ont suivi dans sa carrière ont pu apprécier la variété et la solidité de ses connaissances, sa modestie, la rectitude de son jugement, la bienveillance de son caractère, l'élévation de ses sentiments et son inflexible probité.

« C'est cet ensemble de qualités, si rares chez un seul homme, qui lui mérita les distinctions et les emplois qu'il obtint sans les demander, car il n'avait d'autre ambition que celle de bien faire et de vivre tranquille ; aussi vit-il approcher ses derniers jours avec le plus grand calme. Il fut le premier à rassurer sa famille, mais il ne se faisait pas illusion sur les suites que devait avoir le coup dont il venait d'être frappé.

« Un prix que l'Académie des sciences de Bruxelles lui décerna en 1818, et les publications qu'il fit dans les années suivantes, avaient marqué sa place au sein de ce corps. Il y fut admis le 7 mai 1834.

« A la création de l'Académie de médecine, il en devint l'un des premiers membres titulaires. Cette nomination est une de celles auxquelles il attacha le plus de prix, non pour lui-même, mais dans l'intérêt de la profession à laquelle il avait voué son existence.

« A l'Académie des sciences, qu'il eut l'honneur de présider en 1851, comme dans tous les autres corps dont il faisait partie, M. De Hemptinne a toujours su répondre à ce qu'on devait attendre de son savoir et de son expérience. Estimé et respecté de ses collègues, qui avaient en lui la plus entière confiance, jamais, je crois, la jalousie ni la critique ne vinrent troubler son repos.

« Il avait à peine vingt-six ans, lorsqu'il fut nommé membre du jury médical qui lui avait conféré son diplôme. C'est au talent dont il fit preuve devant ce collège qu'il dut cette place, qu'il a conservée jusqu'à la chute de l'empire. Depuis lors, il prit part aux travaux des différents comités d'hygiène et de salubrité qui se sont réunis à Bruxelles. Les membres de la Commission médicale provinciale, les professeurs de l'Université et MM. les pharmaciens, dont il était devenu depuis peu le doyen, sont, comme nous, sur le bord de cette tombe pour rendre un dernier et solennel hommage au digne collègue qu'ils ont perdu.

« M. De Hemptinne fut successivement le pharmacien des deux rois qui ont gouverné notre pays depuis bientôt quarante ans. Un de ces souverains, le Roi Léopold, a récompensé ses services en lui accordant la décoration de son Ordre.

« Parmi les fonctions que notre collègue a remplies, il en est une que je ne puis surtout passer sous silence, parce qu'elle témoigne hautement de ses qualités sociales et de l'honorabilité de son caractère : c'est celle de membre du conseil communal de Bruxelles, à laquelle ses concitoyens l'appelèrent en 1840, et qu'il a conservée jusqu'à sa mort.

« Les opérations médico-légales forment la branche la plus délicate de la médecine publique. Nul n'a mieux compris que M. De Hemptinne l'étendue et la sainteté des devoirs qu'ont à remplir les médecins et les chimistes qui consentent à se charger de cette tâche, qu'on a appelée, avec raison, la plus sacrée des magistratures. Que de fois notre collègue a tremblé en communiquant à la justice les résultats de ses recherches et de ses appréciations !

« M. De Hemptinne a beaucoup écrit, mais ses travaux sont éparés dans les recueils des académies et des sociétés dont il était membre. Ils se rattachent à la chimie, à la physique, à la technologie, à l'agriculture et à la pharmacie. Ses dernières recherches ont été consacrées à la nouvelle Pharmacopée, maintenant terminée, et qui verra probablement le jour avant la fin du mois dans lequel nous venons d'entrer.

« Ici finit la tâche que j'avais à remplir pour l'Académie des sciences, pour celle de médecine et pour moi-même. Pourtant, deux mots encore, Messieurs, car il manque quelque chose aux paroles vraies que vous venez d'entendre. Si le mérite et les qualités sociales de M. De Hemptinne le rendaient cher à tous, si nous mêlons nos regrets à ceux de sa famille, il ne sera pas moins pleuré des pauvres, surtout de ceux qui cherchent à cacher leur misère. Rarement ils s'adressaient à lui sans en obtenir un bienfait ; mais sa bienfaisance s'exerçait dans le secret, et l'étendue de ses libéralités serait encore ignorée, même des siens, si elle n'avait été révélée par ceux-là mêmes qu'il a secourus. Notre collègue et ami commun a donc été, Messieurs, ce que tous les hommes devraient être : il fut juste, homme de bien, sévère pour lui-même, indulgent pour les autres, bon citoyen et bon père de famille. »

M. le docteur Jules Paul, médecin à Breslau, se fait connaître

comme auteur du Mémoire ayant pour épigraphe les mots *Suum cuique* auquel l'Académie a accordé une médaille d'encouragement. Ce travail concerne la question des amputations et des résections osseuses. Le billet cacheté accompagnant le mémoire, ayant été ouvert, M. le Président proclame M. le docteur Paul auteur de ce travail. Il recevra la médaille qui lui a été décernée.

M. le docteur Verhaghe, d'Ostende, a retiré un travail sur l'opération du bec-de-lièvre, qu'il avait soumis l'année dernière à la Compagnie.

M. le docteur Willems, de Hasselt, a adressé, sous la date du 2 février, une lettre concernant le travail que M. Verheyen a publié, dans le *Bulletin de l'Académie*, sur le procédé d'inoculation proposé contre la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines. — Renvoyé à la Commission académique de la pleuropneumonie épizootique.

M. Boëns, rédacteur de la *Gazette médicale de Liège*, a demandé de pouvoir obtenir le Bulletin de la Compagnie en échange de ce recueil. — L'échange a été accordé par le Bureau.

M. Lefèvre, dentiste, à Bruges, envoie un travail manuscrit intitulé : La chirurgie dentaire considérée sous le point de vue médico-légal. — Renvoyé à l'examen de M. Marinus.

MM. les membres du Comité médical de Charleroy déclarent qu'ils adhèrent aux observations présentées par le Comité médical de Liège, sur l'avant-projet de loi concernant la révision de la législation médicale. — Cette pièce a été envoyée à la Commission de législation.

M. le docteur Audouard transmet trois de ses publications intitulées : 1^o Étiologie de la fièvre jaune dans ses rapports avec la navigation en général ; 2^o De la périodicité des fièvres intermittentes ; 3^o Fièvre jaune et traite des noirs. Il exprime le désir que la Compagnie veuille bien donner quelque attention à ces écrits qui résument, dit-il, tout ce qu'il a livré au public depuis le commencement de ce siècle. — Renvoyé à l'examen de M. Craninx.

MM. les docteurs Higuët, de Liège, et Bribosia, de Namur, communiquent un travail sur l'ablation d'une tumeur érectile. — Cette communication a été envoyée à l'examen de M. Michaux.

M. le docteur Robiquet, de Givet, a transmis une observation

manuscrite sur un cas de luxation compliquée du pied , suivie de guérison. — Cette communication a été également envoyée à l'examen de M. Michaux.

M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, a communiqué une observation sur un cas de fracture du col du fémur , traitée à Strasbourg par M. le docteur Seutin, suivie de quelques considérations sur ces sortes de fractures et sur le mode de traitement qui paraît donner les consolidations les plus régulières et les plus assurées. — Renvoyé au rapport de M. Didot.

M. le docteur Dupieris communique un travail manuscrit sur le choléra épidémique. — Renvoyé à l'examen de MM. Tallois et Lequime.

M. le docteur Foucart demande que l'Académie veuille bien faire un rapport sur le travail qu'il lui a présenté sur la suette miliaire (ce travail est imprimé), et il exprime en même temps le désir d'obtenir le titre de membre correspondant. — Renvoyé à l'examen de M. Lombard.

M. le docteur Morel, nommé membre correspondant, dans la séance du 4 février 1854, remercie la Compagnie de lui avoir accordé ce titre, et il déclare adhérer à la résolution académique complétive de l'article 6 du règlement.

En conséquence, M. Morel est proclamé membre correspondant.

MM. Heyfelder, Lima-Lutao, Putégnat, Garner, Brierre de Boismont, Ozanam, Weithenweber, Sweron, Heuschling et l'Académie des curieux de la nature, ont fait hommage à l'Académie d'ouvrages dont les titres seront insérés au Bulletin.

III. — NOMINATION DE COMMISSIONS.

Le Bureau a désigné MM. Marinus, Tallois et Bellefroid pour l'examen de la proposition faite par M. Didot sur la question relative au secret médical.

MM. Lombard et Raikem ont été chargés de faire un rapport verbal sur la communication de M. Graux, relative au choléra.

IV. — MOTION D'ORDRE.

M. Van den Broeck propose à l'Académie de prier M. le Ministre de l'Intérieur d'adjoindre un médecin à la Commission que

le Gouvernement a récemment instituée pour élaborer un projet de loi sur les cours d'eau.

M. le Président, après avoir fait remarquer que l'Académie ne peut être saisie d'une semblable proposition qu'à la demande du Gouvernement, consulte l'Assemblée sur le point de savoir si elle entend intervenir dans cette affaire.

Cette question est résolue négativement.

V. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

RAPPORT sur l'avant-projet de loi relatif à l'organisation sanitaire et à l'exercice de l'art de guérir. — M. MARESKA, rapporteur (1).

Messieurs,

La Commission que vous avez chargée de faire un rapport sur l'avant-projet de loi relatif à l'organisation et à l'exercice de l'art de guérir, vient par notre organe, s'acquitter de la mission que vous lui avez confiée.

En vous faisant parvenir, il y a quelques jours, un compte-rendu très-détaillé des discussions qui ont eu lieu dans son sein, et des nombreux documents qui lui ont été envoyés au sujet de la loi projetée, elle a voulu que, sans étendre le rapport au delà des limites ordinaires, toutes les opinions qui se sont fait jour, dans une question aussi délicate et d'une aussi haute importance, que toutes les propositions qui ont été faites et tous les arguments par lesquels elles ont été défendues ou combattues, vous fussent scrupuleusement exposés.

Un autre motif nous a permis d'abréger encore ce rapport. Vous vous rappellerez sans doute, Messieurs, que la plupart des questions soulevées par l'avant-projet en discussion ont été soumises déjà par l'Académie, à d'autres époques, à un examen approfondi et résolues par elle.

Pour faciliter la rédaction, nous allons transcrire ici le projet en mettant en regard de chaque article les changements proposés par votre Commission.

(1) La Commission était composée de MM. FALLOT, président, DE HENRI-TINNE, FRANÇOIS, LOMBARD, SEUTIN, THIERNESSE, et MARESKA, secrétaire-rapporteur.

CHAPITRE PREMIER.

Organisation.

ARTICLES DE L'AVANT-PROJET.

ART. 1^{er}. Le Gouvernement a la haute surveillance sur tout ce qui concerne l'exercice de l'art de guérir et l'hygiène publique.

ART. 2. Un conseil supérieur est institué pour éclairer le Gouvernement sur les questions relatives à l'exercice des professions médicales, et aux mesures qui intéressent l'hygiène publique.

Il y a dans chaque province, un conseil chargé de tout ce qui se rattache à la police de la médecine et à la santé publique dans l'étendue de son ressort.

Le Gouvernement peut, dans le même but, instituer des conseils dans des subdivisions de province.

Des arrêtés royaux déterminent l'organisation et les attributions de ces conseils. La nomination des membres qui les composent appartient au Roi.

ARTICLES MODIFIÉS.

ART. 1^{er}. Adopté sans changement.

ART. 2. Il y a dans chaque province, un conseil chargé de tout ce qui se rattache à la police de la médecine et à la santé publique dans l'étendue de son ressort.

Des arrêtés royaux déterminent l'organisation et les attributions de ces conseils. *La première nomination des membres qui les composent appartient au Roi immédiatement. Les nominations suivantes se feront par le Roi, sur une liste triple de candidats dressée par le conseil médical où la vacature existe.*

CHAPITRE II.

De l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de l'art des accouchements, de la pharmacie et des professions spéciales se rattachant à l'art de guérir.

ART. 3. Nul ne peut pratiquer en qualité de médecin, de chirurgien ou d'accoucheur, s'il n'a été reçu docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, conformément à la loi, et s'il n'a fait préalablement viser son diplôme par le conseil médical de la province où il établit sa résidence. Le visa est délivré sans frais.

Les paragraphes 2 et 3 de l'article 65 de la loi du 15 juillet 1849, sont abrogés.

ART. 4. Les docteurs en médecine, en chirurgie ou en accouchements, ont le droit d'exercer cumulativement les branches de l'art de guérir pour lesquelles ils sont diplômés.

ART. 3. Conservé.

ART. 4. Conservé.

ART. 5. Le Gouvernement, après avoir pris l'avis de la députation permanente du conseil provincial et celui du conseil médical de la province, peut autoriser des praticiens établis à l'étranger, dans les communes frontières, à exercer, dans les communes belges limitrophes, les branches de l'art de guérir pour lesquelles ils sont diplômés dans leur pays ; cette autorisation est révocable.

ART. 6. L'exercice de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements ne peut être cumulé avec celui de la pharmacie. Néanmoins, dans les localités où il n'existe point de pharmacien, le Gouvernement, après avoir pris l'avis de la députation permanente du conseil provincial et celui du conseil médical de la province, peut autoriser, aux conditions qu'il jugera nécessaires, les médecins à fournir eux-mêmes à leurs malades les médicaments qu'ils prescrivent.

Les médicaments composés ne seront pris que chez un pharmacien tenant officine ouverte.

ART. 7. Est interdite toute association entre un praticien et un pharmacien, pour la vente de médicaments ou remèdes.

ART. 8. Nul ne peut exercer la pharmacie, ouvrir ou gérer une officine, vendre ou distribuer aucun remède ou médicament, s'il n'a été reçu pharmacien conformément à la loi, et s'il n'a fait viser son diplôme comme il est dit à l'art. 3.

Les pharmaciens ne peuvent délivrer les médicaments ou remèdes que sur la présentation d'une recette signée par un praticien porté sur les listes officielles.

Le Gouvernement désigne les substances que les pharmaciens peuvent délivrer sans recette.

ART. 5. Le Gouvernement, après avoir pris l'avis de la députation permanente du conseil provincial et celui du conseil médical de la province, peut autoriser des praticiens établis à l'étranger, dans les communes-frontières, à exercer, dans les communes belges limitrophes, les branches de l'art de guérir pour lesquelles ils sont diplômés dans leur pays ; *cette autorisation révocable est révoquée de droit par le fait de l'établissement d'un médecin belge dans ces communes.*

ART. 6. L'exercice de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements ne peut être cumulé avec celui de la pharmacie. *Néanmoins, le Gouvernement, après avoir pris l'avis de la députation permanente du conseil provincial et celui du conseil médical de la province, détermine les localités où les médecins pourront, aux conditions qu'il jugera nécessaires, fournir eux-mêmes à leurs malades les médicaments qu'ils prescrivent.*

Les médicaments composés devront être pris chez un pharmacien tenant officine ouverte.

ART. 7. Conservé.

ART. 8. Nul ne peut exercer la pharmacie, ouvrir ou gérer une officine, vendre ou distribuer aucun remède ou médicament, s'il n'a été reçu pharmacien, conformément à la loi, et s'il n'a fait viser son diplôme comme il est dit à l'art. 3.

Le nombre des pharmaciens qui peuvent exercer dans le royaume est déterminé par la loi. Le lieu de leur résidence sera réglé par un règlement d'administration générale.

Les pharmaciens, etc. (Le reste comme dans le projet.)

ART. 9. Sont considérés comme remèdes ou médicaments, toutes substances ou agents quelconques ayant ou auxquels on attribue des propriétés médicinales, et destinés à être pris intérieurement, dirigés ou appliqués à l'extérieur, dans le but de prévenir, combattre ou guérir une maladie, un accident ou une affection quelconque.

ART. 10. Un pharmacien ne peut tenir ou gérer plus d'une officine. Il doit habiter la maison où l'officine est établie.

ART. 11. Au décès d'un pharmacien, le président du conseil médical de la province peut autoriser la veuve ou les héritiers à maintenir l'officine ouverte pendant un an, en la faisant desservir par un pharmacien de la localité, ou, à défaut, par un candidat en pharmacie ayant, au moins, deux années de stage et agréé par le conseil médical de la province.

ART. 12. Tout pharmacien est personnellement responsable des accidents qui ont lieu par suite d'inobservation des lois et règlements, de négligence, ou d'imprudence commise dans son officine.

ART. 13. Les pharmaciens ne peuvent communiquer les recettes qu'aux praticiens qui les ont formulées, aux personnes pour lesquelles elles ont été prescrites et à celles déléguées par l'autorité judiciaire ou chargées de l'inspection des officines.

Ces recettes doivent être conservées au moins pendant dix ans.

ART. 14. Les pharmacies des hôpitaux, hospices et autres établissements de charité doivent être tenues par des pharmaciens. Toutefois, le Gouvernement peut autoriser le médecin de l'établissement à préparer lui-même les remèdes et médicaments.

Il est défendu aux directeurs de

ART. 9. Doit être placé après l'art. 20.

ART. 9. Sauf l'exception prévue par l'article 11, un pharmacien ne peut tenir ou gérer plus d'une officine. Il doit habiter la maison où l'officine est établie.

ART. 10. Adopté.

ART. 11. Adopté.

ART. 12. Les pharmaciens ne peuvent communiquer les recettes qu'aux praticiens qui les ont formulées, aux personnes pour lesquelles elles ont été prescrites et à celles déléguées par l'autorité judiciaire ou chargées de l'inspection des officines.

Ces recettes doivent être conservées au moins pendant cinq ans.

ART. 13. Les pharmacies des hôpitaux, hospices et autres établissements de charité doivent être tenues par des pharmaciens. Toutefois, le Gouvernement peut autoriser le médecin de l'établissement à préparer lui-même les remèdes et médicaments.

(Le reste supprimé.)

ces institutions de faire ou laisser vendre ou distribuer des remèdes ou médicaments, excepté dans les communes où il n'existe pas d'autre pharmacie.

ART. 15. Les officines et dépôts de médicaments doivent être, en tout temps, accessibles aux personnes désignées pour les inspecter.

ART. 16. Nul ne peut, sous quelque prétexte et à quelque titre que ce soit, pratiquer une branche de l'art de guérir qu'il n'est pas admis à exercer.

ART. 17. Il y a exercice illégal de l'art de guérir, lorsqu'une personne, non munie d'un diplôme ou d'un titre qui lui confère le droit d'exercer la médecine ou l'une de ses branches, donne habituellement, même à titre gratuit, des avis ou consultations précédés ou non précédés de la visite des malades, ou bien lorsqu'elle fournit, distribue ou applique, de la même manière, un remède, un médicament ou un agent quelconque, ayant ou auquel on attribue des propriétés médicinales.

ART. 18. Nul ne peut, pour exercer une branche de l'art de guérir, prendre, de quelque manière que ce soit, un titre médical qu'il n'est pas autorisé à porter en Belgique.

Nul ne peut, sans l'autorisation du conseil médical de la province et sauf recours au Gouvernement, annoncer, publier ou faire publier la possession ou la découverte d'un remède ou d'une méthode curative quelconque, ni faire aucune autre annonce relative à l'art de guérir. Les imprimeurs seront considérés comme complices et passibles de la même pénalité que le contrevenant.

ART. 19. Le praticien qui facilitera, soit par sa signature, soit de toute autre manière, l'exercice illégal d'une des branches de l'art de guérir, est passible de la même peine que le contrevenant.

ART. 14. Adopté.

ART. 15. Adopté.

ART. 16. Adopté.

ART. 17. Nul ne peut, pour exercer une branche de l'art de guérir, prendre, de quelque manière que ce soit, un titre médical qu'il n'est pas autorisé à porter en Belgique.

Nul ne peut, sans l'autorisation du conseil médical de la province et sauf recours au Gouvernement, l'Académie de médecine entendue, annoncer, publier ou faire publier, par aucune autre voie que les journaux de médecine, la possession ou la découverte d'un remède ou d'une méthode curative quelconque. Les imprimeurs seront considérés comme complices et passibles de la même pénalité que le contrevenant.

ART. 18. Le praticien qui facilitera, d'une manière quelconque, l'exercice illégal d'une des branches de l'art de guérir, est passible de la même peine que le contrevenant.

ART. 20. Nul ne peut annoncer, vendre, distribuer ou tenir en dépôt des remèdes secrets non autorisés par le Gouvernement.

ART. 21. Aucune vente publique comprenant des substances médicamenteuses, dont il n'est fait usage qu'en médecine, ne peut avoir lieu sans une autorisation de l'administration locale, donnée conformément aux règlements arrêtés par le Gouvernement.

ART. 22. Le Gouvernement détermine sous quelles conditions peut avoir lieu la vente ou le débit des substances vénéneuses ou narcotiques.

ART. 23. Toute infraction à l'une des dispositions de la présente loi, sera punie d'une amende de 26 à 500 francs, et, selon les circonstances, d'un emprisonnement de huit jours à un mois. En cas de récidive les peines pourront être portées à 2000 francs et l'emprisonnement à deux ans.

ART. 24. Sont exclus de plein droit de l'exercice d'aucune branche de l'art de guérir :

1° Les condamnés à des peines afflictives ou infamantes;

2° Ceux qui sont frappés d'interdiction pour imbécillité, démence ou fureur.

Les cours ou tribunaux qui condamneront les médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens pour des faits prévus par les art. 330, 348 à 353, 361 à 366, 379 à 409 inclusivement. 378 et par la première disposition de l'art. 345 du code pénal, pourront, en outre, prononcer l'interdiction perpétuelle ou temporaire de l'exercice de quelque branche que ce soit de l'art de guérir. Il en sera de même dans les cas où les cours et les tribunaux n'auraient appliqué que des peines correctionnelles aux auteurs des faits prévus par la loi du 15 juin 1846.

ART. 25. Le Gouvernement désigne les jurys chargés de la récep-

ART. 19. Adopté.

ART. 20. Voyez article 9 du projet.

ART. 21. Aucune vente à l'encan comprenant des substances médicamenteuses, ne peut avoir lieu sans une autorisation de l'administration locale, donnée conformément aux règlements arrêtés par le Gouvernement.

ART. 22. Adopté.

ART. 23. Adopté.

ART. 24. Pas de changement.

ART. 25. La profession de dentiste ne pourra être exercée que

tion des dentistes et des sages-femmes.

Il règle tout ce qui est relatif à leur profession, ainsi qu'aux autres professions se rattachant à l'art de guérir.

Art. 26. Des arrêtés royaux règlent, sous la sanction prévue par la loi du 6 mars 1818, tout ce qui concerne l'art de guérir et n'aurait pas été prévu par la présente loi.

Art. 27. Les lois du 19 ventose an XI, du 21 germinal an XI et du 12 mars 1818, les décrets du 25 prairial an XIII, du 18 août 1810 et du 26 décembre de la même année, concernant les différentes branches de l'art de guérir, ainsi que les arrêtés, règlements et instructions pris en exécution de ces lois, sont abrogés.

Art. 28. Le Gouvernement peut, sur l'avis conforme du jury d'examen, autoriser les étrangers à pratiquer en Belgique les branches de l'art de guérir, pour lesquelles ils ont reçu un diplôme qui leur confère le droit d'exercer dans leur pays. Cette autorisation est toujours révocable.

L'arrêté royal conférant l'autorisation est enregistré, sans frais, par le conseil médical de la province.

Art. 29. L'action des médecins, chirurgiens, accoucheurs et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par trois ans.

par les docteurs en médecine légalement recus. La réception des sages-femmes se fera, dans chaque province, par une délégation du conseil médical. Le professeur d'accouchements de l'école de maternité où les élèves ont reçu leur instruction fera partie de cette commission d'examen.

Art. 26. *Le Gouvernement règle tout ce qui est relatif aux professions des dentistes et des sages-femmes ainsi qu'aux autres professions se rattachant à l'art de guérir.*

Des arrêtés royaux règlent, sous la sanction prévue par la loi du 6 mars 1818, tout ce qui concerne l'art de guérir et n'aurait pas été prévu par la présente loi.

Art. 27. Adopté.

Art. 28. Adopté.

Art. 29. L'action des médecins, chirurgiens, accoucheurs et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments *est imprescriptible.*

DISPOSITION TRANSITOIRE.

ART. 30. Ceux qui exercent ou qui ont acquis le droit d'exercer, en vertu des lois et règlements, une branche quelconque de l'art de guérir, peuvent continuer à pratiquer dans les formes du diplôme, brevet ou certificat qui leur a été conféré.

ART. 30. Conservé.

SERVICE MÉDICAL DES PAUVRES.

ART. 1^{er}. Le service médical des pauvres comprend : la médecine interne et externe, les accouchements et la fourniture des médicaments.

ART. 1^{er}. Conservé.

Il ne peut être confié qu'à des praticiens légalement admis à exercer leur profession en Belgique, aux termes et conditions de la présente loi.

ART. 2. Ce service est organisé dans chaque commune, par les soins et sous la surveillance de l'autorité locale.

ART. 2. Conservé.

Néanmoins la députation permanente peut, s'il y a lieu, autoriser deux ou plusieurs communes à organiser entre elles un service médical commun.

ART. 3. Les médecins chargés du service des pauvres sont nommés et révoqués par les bureaux de bienfaisance, sous l'approbation du conseil communal. Toutefois, lorsqu'un service commun est établi entre deux ou plusieurs localités, l'approbation appartient à la députation permanente du conseil provincial.

ART. 3. Les médecins chargés du service des pauvres *et les pharmaciens chargés de la fourniture des médicaments* sont nommés et révoqués par les bureaux de bienfaisance, *le conseil médical de la province entendu* et sous l'approbation du conseil communal. Toutefois, lorsqu'un service commun est établi entre deux ou plusieurs localités, l'approbation appartient à la députation permanente du conseil provincial.

Les pharmaciens chargés de la fourniture des médicaments sont également désignés par les bureaux de bienfaisance, sous l'approbation de la députation permanente.

ART. 4. Conservé.

ART. 4. Les frais du service médical des pauvres sont supportés par les communes et les bureaux de bienfaisance, dans la proportion déterminée par la députatoin

permanente, sans préjudice des subsides à fournir, s'il y a lieu, par les provinces ou par l'Etat.

Le recours est ouvert auprès du Gouvernement contre les décisions de la députation permanente.

ART. 5. Le traitement, ainsi que le tarif des rétributions spéciales à accorder aux médecins chargés du service, est arrêté annuellement par le conseil communal, sous l'approbation de la députation permanente.

En cas de refus d'approbation, les communes pourront recourir au Roi.

ART. 6. Des règlements provinciaux, approuvés par le Roi, déterminent tout ce qui est relatif au service médical des pauvres.

ART. 5. Conservé.

ART. 6. Conservé.

La Commission législative qui a rédigé l'avant-projet, s'est trouvée arrêtée, au début de son travail, par des questions de principe sur lesquelles tous les membres n'étaient pas d'accord, et elle n'a repris son œuvre que lorsque le Gouvernement s'est prononcé en faveur de l'opinion de la majorité. Ces questions sont :

1^o Les conseils médicaux seront-ils nommés par élection ?

2^o Est-il désirable que l'on institue des conseils de discipline ?

Nous pensons qu'il convient que l'Académie s'occupe également de ces questions en premier lieu.

La raison qui nous engage à lui recommander cette marche, c'est que, si elles étaient résolues affirmativement, il faudrait, de l'aveu même des auteurs, repousser l'avant-projet dans son ensemble et provoquer la rédaction d'un travail nouveau, où l'on s'occuperait d'une manière toute spéciale des moyens organiques de faire l'application des nouveaux principes.

Si, au contraire, ces innovations radicales, écartées déjà par l'Académie dans d'autres temps, y provoquent encore aujourd'hui les mêmes hésitations, cette assemblée adoptant les bases de l'avant-projet, l'examinera ensuite dans ses détails.

La minorité des deux Commissions de législation (celle du Gouvernement et celle de l'Académie) demande la nomination des conseils médicaux par voie d'élection.

Le système électif, dit-elle, est dans l'esprit de la constitution; il est la base de nos institutions libérales.

Le peuple nomme ses représentants aux chambres et à la commune. Les commerçants choisissent leurs juges, et c'est encore par élection que sont nommés les membres des conseils d'agriculture et d'autres assemblées.

Confier les nominations des membres des conseils médicaux au Gouvernement, c'est les abandonner au hasard ou aux recommandations particulières de quelques médecins ou même de quelques personnes étrangères à l'art ; tandis que l'élection, vu l'intelligence des électeurs, écartera l'influence des coteries, garantira de bonnes nominations et donnera aux membres choisis plus de pouvoir et d'énergie pour la répression des abus.

La nomination directe par le Gouvernement, bien inférieure à l'élection, est cependant, d'après la minorité, préférable au système actuel, établi par l'arrêté-loi du 31 mai 1818, et qui a pour effet de perpétuer, dans les conseils médicaux, l'esprit qui y domine et d'y arrêter le progrès, parce que ces collèges se recrutent eux-mêmes.

L'élection ouvrira l'entrée des conseils à la jeunesse, en général, généreuse, active et avide d'améliorations, et par une organisation convenable du système, on pourra empêcher que ces conseils ne dégénèrent en clubs politiques ou n'opposent une barrière à l'action du Gouvernement dans la surveillance qu'il doit exercer sur l'art de guérir dans l'intérêt de la société.

La majorité, au contraire, recule devant une innovation aussi grande, qui ne trouve sa justification dans aucun fait d'une réalité ou d'une autorité suffisamment démontrée ; les reproches et les critiques amères dont les commissions médicales provinciales ont été l'objet portant un cachet évident d'exagération.

Au système électif appliqué aux conseils médicaux se présente tout d'abord, d'après elle, une objection qui rend l'adoption impossible.

« Les conseils médicaux, disent les jurisconsultes éminents qui ont fait partie de la Commission législative du Gouvernement, sont des corps administratifs, et ils forment une des branches de la police de l'État, dans l'intérêt collectif de la généralité des habitants et non dans l'intérêt particulier des membres de la profession. Or, il est de l'essence de ce pouvoir d'avoir sa responsabilité, mais de ne l'assurer aussi qu'à la condition de la liberté de son action. Ensermer dans un réseau électif le droit d'élire des agents de la police gouvernementale, c'est porter une atteinte

sérieuse aux principes essentiels de toute société bien réglée, à l'une des bases de notre organisation politique. »

La nomination des bourgmestres et des échevins par l'État dans un conseil élu n'est pas une objection à l'opinion défendue par la majorité. « La déviation au principe qui investit le Gouvernement du libre choix de ses agents, s'explique, dans la commune, (et c'est du reste l'unique exemple d'une pareille déviation) par le double caractère attaché aux membres des collèges échevinaux. Officier de police dans l'intérêt de la commune, il fallait bien que le même échevin devint officier dans l'intérêt de l'État, sous peine d'amener des conflits incessants et une multiplicité tout à fait inutile d'agents chargés du soin de cette partie de la police préventive et de répression. » Ensuite, il est généralement connu qu'on a été obligé de rendre au Roi le droit de choisir les bourgmestres en dehors des conseils, et que la déviation au principe, dans la police communale, y a donné lieu à des vices qu'il n'est pas nécessaire d'introduire dans celle de la médecine.

On nie au Gouvernement l'aptitude de choisir les membres des commissions médicales. C'est là une nouvelle hérésie législative et qui conduirait bien loin, si jamais l'État se laissait tenir ce langage sans protestation énergique de sa part. S'il est incapable de nommer les membres des conseils médicaux, il devient inapte à nommer aux places de professeur dans les universités, à l'école vétérinaire, aux écoles spéciales et à une foule d'autres emplois. Avec de pareils principes, l'édifice gouvernemental serait bientôt démoli.

On se trompe aussi sur la mise à exécution et sur les effets du système. L'organisation donnerait lieu à des difficultés insurmontables, et les partisans du principe seraient eux-mêmes loin de s'entendre à cet égard.

Depuis leur origine, les commissions médicales ont compté parmi leurs membres, les hommes les plus distingués et dont la profession s'honore. L'urne électorale donnera-t-elle des résultats aussi heureux? L'intelligence des électeurs ne sera-t-elle pas obscurcie par ces mille sentiments qui influencent les votes et desquels les médecins ne sont pas à l'abri? Chacun se croyant en état de remplir la place ouverte, personne ne reconnaîtra volontiers la supériorité d'autrui, et l'intrigue, la faconde, le désir de popularité, l'ambition précoce l'emporteront sur le mérite réel, modeste et tranquille, que l'on aura soin de repousser de

crainte de le mettre en relief et qui, de lui-même, se tiendra à l'écart pour éviter les agitations et les froissements.

La jeunesse est généreuse et avide de progrès ; la majorité le reconnaît volontiers, mais des exemples anciens et récents ont prouvé que la jeunesse n'a pas été exclue des commissions médicales ; son ardeur ne s'y est pas glacée au contact de la vieillesse que la minorité maltraite si fort (1), mais elle est venue s'y éclairer au flambeau de l'expérience et du jugement.

L'Académie s'est occupée du principe électif appliqué aux conseils médicaux, en 1844, et c'est en 1849 qu'elle a soumis à une longue discussion l'institution des conseils disciplinaires.

À cette époque, à l'exception d'un seul membre, les conseils de discipline n'ont trouvé aucun défenseur dans l'Académie, et cette assemblée s'est prononcée contre eux, à une immense majorité. C'est sans doute là le motif pour lequel, dans votre Commission, aucune voix ne s'est plus élevée en faveur de cette institution qui a été écartée également par la majorité des auteurs de l'avant-projet.

Nous pourrions donc considérer cette question comme définitivement résolue, d'autant plus que l'Académie approuvera et adoptera sans doute notre réserve de ne pas modifier, sans grands motifs, des décisions déjà prises par elle. Cependant, quelques associations médicales n'étant pas encore convaincues des dangers que présentent les conseils disciplinaires, nous croyons devoir résumer brièvement les principaux arguments invoqués pour et contre cette institution.

La médecine est un sacerdoce. Pour l'exercer, il faut l'estime et la considération publique. Maintenir à la profession ce caractère élevé, en veillant à sa dignité et à sa moralité, tel est le but des conseils de discipline.

Il y a des faits qui ne ressortissent ni à l'autorité judiciaire ni aux commissions médicales, et qu'il importe cependant d'empêcher ou de réprimer dans l'intérêt commun ; ce sont ceux-là que les conseils de discipline auront pour objet de poursuivre. Ces faits sont connus. Il est inutile, il y aurait même de l'indiscrétion à les énumérer.

Dans l'état actuel, les fautes commises dans l'exercice de l'art médical, échappent à toute espèce de vindicte, et pourtant la dignité de la profession exige qu'aucune faute ne reste impunie.

(1) Voyez le compte-rendu des documents.

Les Commissions médicales sont un intermédiaire entre le pouvoir et les médecins. Les conseils disciplinaires formeront un intermédiaire entre les médecins et le public ; ils donneront au corps médical de la consistance et de l'ensemble, en même temps qu'ils le moraliseront, en le rappelant à ses devoirs sociaux toutes les fois qu'il s'en écartera (1).

Il y aurait de l'injustice, du despotisme à refuser aux médecins une institution utile, après l'avoir accordée à l'ordre des avocats et à d'autres professions libérales.

Bénissons la main qui refuse, s'est-on écrié d'autre part, et que Dieu nous sauve d'une institution inventée par le despotisme, dans des jours néfastes, pour étouffer le dernier cri de liberté dans l'ordre des avocats, qui seul avait conservé la faculté de faire entendre encore quelques rares et timides plaintes. A peine le pouvoir qui avait imaginé ces tribunaux d'exception fut-il tombé, que l'on se hâta de modifier une institution détestable (2).

Aujourd'hui l'ordre des avocats a encore ses conseils de discipline, « mais, disait M. De Salvandy dans le projet de loi qu'il soumit à la chambre des pairs en 1847, le corps médical n'est pas, comme lui, rassemblé dans quelques centres de population et de lumières. Il est épars sur toute la surface du territoire : les faits qui pourraient donner lieu aux vindictes de ses conseils, ne se passent pas à la clarté du jour ; ils sont obscurs, incertains, contestés, difficiles à établir. Les rivalités d'homme à homme, les hostilités pour des intérêts étroits, sont toujours possibles et risqueraient d'exercer une influence aussi contraire à la dignité des juges qu'aux principes de la justice. Enfin, l'ordre des avocats, quand il exerce sur lui-même *cette action toujours périlleuse*, il ne l'exerce que sous les yeux et sous l'autorité d'un pouvoir plus grand, plus fort, plus auguste. Le tribunal, la Cour Royale sont les contrepoids permanents et respectés de cette juridiction domestique. Rien de semblable ne pourrait jamais être établi à l'égard des conseils médicaux. Ils seraient forcément livrés à eux-mêmes, le juge n'agirait ni sous les yeux de ses justiciables, ni sous ceux d'un juge supérieur et souverain (3). »

Les conseils médicaux de discipline seraient donc à la fois

(1) Voir *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, tome 9, p. 65.

(2) Voir *Bulletin de l'Académie*, tome 9, p. 84.

(3) Voir *Bulletin de l'Académie*, discours de M. Marinus. t. 9, pages 71-72.

juges et partie, et les actes reprochables et à réprimer n'étant pas de nature à être précisés dans un code, aucun code ne saurait exister; en conséquence jamais pouvoir ne saurait être plus arbitraire.

Un pouvoir de cette nature n'exciterait que de l'aversion. Au lieu de rallier le corps médical épars, il rendrait plus rare les sentiments de confraternité, il ne ferait qu'accroître les haines et donner naissance à de fatales et plus fréquentes collisions.

Le but des conseils de discipline n'est donc qu'une chimère, une trompeuse illusion. Tel était aussi l'avis d'Orfila, de Double et d'Adelon, dont nous avons rapporté ailleurs les paroles.

« Jamais, disait M. Bouillaud à l'Académie de médecine de Paris, en 1834, je ne concourrai à l'élection de ces conseils et je ne me reconnaitrai leur justiciable. »

M. Didot, en 1849, s'écria dans cette enceinte avec non moins de force et de raison : « Tout pouvoir extra-légal est un anachronisme. Une juridiction médicale dans laquelle la loi ne peut jamais intervenir, ne saurait être que l'arbitraire enté sur les passions professionnelles, et jamais je ne m'exposerai de mon plein gré à subir le joug d'un nouveau conseil de dix (1). »

Une institution qui provoque une telle répugnance, repoussée par deux Académies de médecine, déclarée dangereuse, impossible, extra-légale et arbitraire par les juriconsultes de la Commission législative, auteurs de l'avant-projet, par le conseil d'État et par le premier corps législatif de France, ne saurait avoir pour elle aucune chance d'admission et de succès.

La question de discipline et celle du système électif étant écartées, il n'y a plus lieu d'y avoir égard dans la loi, et dès lors il devient possible de la concentrer dans un petit nombre d'articles, à l'exemple de ce qu'ont fait les auteurs de l'avant-projet, et de suivre ceux-ci dans leur travail. Toutefois, des membres de votre Commission ont trouvé que la concentration a été trop resserrée; ils auraient désiré que le projet eût été plus explicite en certains points, notamment en ce qui concerne les attributions des conseils médicaux de province, attributions qu'ils n'abandonnent qu'à regret au pouvoir administratif.

Cette déclaration faite, passons à l'examen des articles. Nous nous bornerons à ceux qui ont été modifiés par la Commission.

L'article 2, qui traite de l'organisation médicale, et l'article 6

(1) Voir *Bulletin de l'Académie*, t. 9, page 81.

ont le plus particulièrement occupé votre Commission; ils ont été également l'objet principal des observations de la presse médicale, ainsi que des réclamations des Commissions médicales provinciales et des associations qui se sont formées sur tous les points du pays. Nous leur accorderons donc aussi une attention spéciale.

ART. 2. Le paragraphe premier de l'article 2 institue un Conseil supérieur médical et d'hygiène; il a été rejeté par la Commission à l'unanimité des suffrages; d'abord, à cause de la double attribution qu'il accorde à ce Conseil; ensuite, parce que la création d'un Conseil supérieur pour les questions relatives à l'exercice des professions médicales, est inutile et nuisible.

Il est impossible qu'un Conseil supérieur d'hygiène soit en même temps un Conseil médical. Les questions médicales ne peuvent être traitées que par des médecins, et un Conseil d'hygiène se compose nécessairement de membres appartenant à des professions diverses.

Un Conseil supérieur médical serait *inutile*, parce que, dans les cas rares où le Gouvernement, après l'adoption de la loi, aura réellement besoin de consulter des hommes supérieurs et spéciaux pour l'éclairer sur des questions relatives à l'exercice des professions médicales, il pourra ou s'adresser à l'Académie ou réunir les présidents ou délégués des Conseils médicaux des provinces, ou telle Commission qu'il croira convenable.

Un Conseil supérieur serait *nuisible*, parce qu'il ne se bornerait point à intervenir dans les occasions exceptionnelles où son secours pourrait être d'une certaine valeur, mais il se placerait comme intermédiaire pour les affaires ordinaires, entre les Conseils médicaux des provinces et l'État, et viendrait ainsi ralentir et compliquer les rouages de l'administration, en même temps qu'il diminuerait l'importance, la considération et le prestige des Conseils provinciaux (1). Il serait encore nuisible en ce qu'il deviendrait la source de nombreux conflits par son immixtion dans des matières où la loi même n'admet que le contrôle des conseils des provinces.

N'oublions pas que tous les comités de médecine qui se sont occupés du Conseil supérieur médical, se sont prononcés contre lui, et ce qui se passa dans le congrès d'hygiène de 1852,

(1) Voyez *Procès-verbal* de la Commission du 14 octobre 1853.

prouve que le corps médical entier n'est pas favorable à cette nouvelle institution.

Le paragraphe 3 du même article a été rejeté et également à l'unanimité des voix, parce que les Conseils médicaux dans les subdivisions de province, donnent lieu à de grandes rivalités et à des froissements, et parce qu'ils nuisent à la facilité des rapports, à l'unité des tendances et à la bonne entente (1).

Toutefois, votre Commission de législation en demandant la suppression des Commissions médicales locales a cru devoir rappeler au pouvoir administratif, pour le moment où il s'occupera des arrêtés qui doivent compléter la loi, que cette suppression ne saurait avoir lieu qu'à la condition expresse de représenter les principaux arrondissements ou cantons dans les Conseils médicaux des provinces, et de mettre le nombre des membres de chaque Conseil en rapport avec la population.

Un autre désir a été exprimé à cette même occasion, celui de faire représenter dans les Conseils médicaux, la médecine vétérinaire, ces Conseils ayant action sur ceux qui l'exercent.

Au paragraphe 4, l'élection étant écartée, il ne reste plus à examiner que la question de savoir s'il est préférable de se rapprocher du mode de nomination établi par le règlement de 1818, ou de confier la nomination des membres des Conseils au Gouvernement agissant dans la plénitude de son action.

Votre Commission est d'avis que la première nomination se fasse par le Roi, et que les nominations suivantes aient lieu encore par le Gouvernement, mais sur une liste triple de candidats dressée par le collège où la vacature existe.

Cette décision n'a été prise qu'à la majorité d'une seule voix. Les membres qui l'ont combattue, ont fait remarquer que le principal grief reproché aux Commissions médicales est, qu'elles se recrutent parmi leurs amis et adhérents et que par conséquent le même esprit s'y perpétue. Ce reproche, fondé ou non, a été fait aux Conseils médicaux, sous le régime de la loi de 1818, qui faisait intervenir, dans les nominations, les députations permanentes des états provinciaux ; si l'on écarte ces députations, il est évident que le reproche pourra paraître d'autant plus fondé. Pourquoi, du reste, si l'on veut une présentation de candidats, cesserait-on de demander aux députations permanentes leur avis ? Ce procédé a des avantages et n'a donné lieu à aucun inconvénient.

(1) Voir *Comptes-rendus*, art. 2, §3 et procès-verbal du 14 octobre 1853.

Les autres membres de la Commission ont répondu, que le reproche dont on argumente, est loin d'être fondé, puisqu'il ne suffit pas de mettre arbitrairement un nom en avant, qu'il faut articuler les titres qu'il peut avoir à la préférence ; qu'il importe que, dans un Conseil médical, règne la plus grande harmonie ; que, par conséquent, dans le choix des membres, l'on doit avoir égard non-seulement au mérite, mais aussi au caractère ; que les conseils peuvent le mieux apprécier ces qualités, et qu'ils sont les plus intéressés à ce que les choix soient heureux et irréprochables. Les députations permanentes n'ayant pas le même intérêt sont plus sujettes à erreur (1).

ART. 5. L'article 5 permet au Gouvernement d'autoriser des praticiens étrangers à exercer leur art dans les communes belges limitrophes.

La Commission, après avoir longuement discuté le principe de l'article, a reconnu que l'autorisation dont il s'agit, devient parfois indispensable dans l'intérêt des habitants de certaines communes voisines des frontières, et pour régulariser la position des médecins étrangers.

Cependant, comme il importe de favoriser l'établissement de médecins belges dans ces communes, elle a voulu que l'autorisation accordée fût révoquée de plein droit, par le seul fait de l'établissement d'un médecin belge dans ces communes ou dans les environs.

L'autorisation prévue par l'art. 5, est tout entière dans l'intérêt de certains habitants belges ; néanmoins, elle constituera, en même temps, un avantage pour quelques médecins étrangers, et partant la justice exige que l'on s'efforce d'obtenir la même faveur pour les médecins belges qui seraient dans le cas de rendre les mêmes services dans des communes limitrophes étrangères. Il est impossible de rien écrire à cet égard dans la loi, mais la Commission exprime le vœu que le Gouvernement belge, dans ses relations internationales, tâche d'obtenir que l'autorisation soit rendue réciproque.

ART. 6. L'article 6 est celui où il s'agit de la vente des médicaments par les médecins et dont nous avons dit, dans le compte-rendu des documents adressés à l'Académie, « qu'il a été la cause que, de toutes parts, les médecins se sont levés et se sont associés. Ils ont donné à leurs réclamations la force de l'union et

(1) Voir *Procès-verbal* de la séance de la Commission du 14 octobre 1853.

à leurs plaintes l'accent calme, mais énergique du mérite et du bon droit injustement menacés. »

Les commissions médicales du Brabant, des deux Flandres, d'Anvers et du Limbourg, par devoir et par conviction, se sont associées aux doléances des médecins des mêmes provinces et de ceux du Luxembourg, et nous avons compté, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, plus de quatre-cent cinquante signatures au bas des mémoires, des adresses et des pétitions qui ont été adressés à l'Académie sur cette question que les réclamants considèrent comme *vitale*.

La loi du 21 germinal an XI subordonnait l'autorisation accordée aux médecins et aux officiers de santé, de fournir des médicaments à leurs malades, à l'absence d'un pharmacien dans la commune.

La loi du 12 mars 1818 accorde cette même faculté aux docteurs en médecine du plat-pays et des villes qui y ont été assimilées, mais sans exiger la condition qu'il n'y ait pas de pharmacien établi dans la localité.

L'avant-projet en discussion propose le retour à la législation de l'an XI, tandis que les médecins d'une grande partie du pays réclament les bénéfices de la loi de 1818. Tel est le différend qu'il importe de résoudre.

Votre Commission, par cinq voix contre deux, a décidé que l'article 6 de l'avant-projet serait modifié et que les dispositions de la loi de 1818 seraient maintenues avec un léger changement qui permettra au Gouvernement d'interdire la vente des médicaments par les médecins, partout où il sera possible de le faire sans nuire.

Dans la louable intention de ne pas prolonger inutilement la discussion, sous la conviction que les opinions étaient désormais inébranlablement établies, et que toute argumentation ultérieure serait impuissante pour les faire changer, la minorité de la Commission, tout en se prononçant pour le maintien de l'article tel qu'il est rédigé dans l'avant-projet, n'a pas jugé à propos, comme on a pu le voir dans les procès-verbaux des séances, d'en prendre autrement la défense.

M. De Hemptinne s'était réservé cependant de rédiger une note à cet effet; mais la mort qui est venue le frapper si brusquement, ne lui a pas permis de réaliser ses intentions.

M. Fallot s'en est référé à ce qu'il a dit dans le temps sur le même sujet à l'Académie. Il pense que ce qui a été dit alors,

pas plus que ce qui a été avancé aujourd'hui, ne constitue une réfutation de sa manière de voir. Il continue à croire que la séparation *absolue* de l'exercice de la médecine et de la pharmacie, est une des pierres angulaires d'une bonne législation médicale ; que toute dérogation à ce principe *sans absolue nécessité*, n'est pas moins attentatoire à la morale que préjudiciable à la science, et, à ce double titre, menaçante pour l'humanité ; qu'il ne faut pas perdre de vue, dans cette question, qu'avant l'introduction de la loi du 12 mars 1818, la fourniture des médicaments par les médecins à leurs malades, n'avait jamais été légalement autorisée dans ce pays, ailleurs que là où on ne pouvait assurer autrement le service pharmaceutique. La loi de germinal an XI avait prévu ces cas exceptionnels et y avait pourvu. C'est à elle qu'il est désirable de revenir. Il n'est pas une raison mise en avant jusqu'ici pour accorder aux médecins exerçant dans les campagnes, le droit de vendre et de livrer des médicaments, qui ne puisse s'appliquer aux médecins pratiquant dans les villes. Il n'y aurait donc pas de raison pour ne pas le conférer également à ceux-ci, ce qui conduirait à supprimer d'un trait de plume la profession de pharmacien. Quoi qu'on dise ou fasse, il ne pourra se faire qu'un médecin placé incessamment entre l'alternative de ne pas recevoir de rétribution du tout de ses peines, et celle de prescrire à tort et à travers des drogues et de préférence celles qui sont le mieux payées, ne succombe quelquefois à cette dernière tentation. Or, c'est une disposition législative mauvaise que celle qui peut ou doit avoir de semblables résultats.

La majorité de la Commission, composée de MM. François, Lombard, Seutin, Thiernes et Mareska, reconnaît volontiers, en théorie et en fait, la séparation de la médecine et de la pharmacie.

Cette séparation existe aujourd'hui sous les dispositions de la loi du 12 mars 1818, et elle existera sous celles de l'article modifié dont la majorité propose l'adoption, autant qu'elle a existé sous celles de la loi du 21 germinal an XI à laquelle l'avant-projet nous ramène.

En effet, toutes ces dispositions, les unes comme les autres, maintiennent aux pharmaciens *seuls* le droit de former des dépôts de médicaments à l'usage des médecins, ou de tenir officine ouverte. Ce droit, ils l'ont acquis par leur diplôme, et il est reconnu par la loi.

La manière dont les médecins ont recours aux dépôts formés par les pharmaciens, n'est pas la même partout. Tandis que, dans

les villes, ils se contentent de donner aux malades une prescription écrite dont ils abandonnent l'exécution aux pharmaciens, à la campagne, ils achètent en masse, mais toujours chez les pharmaciens, les médicaments qu'ils prescrivent, et ils les distribuent, eux-mêmes, à leurs malades au fur et à mesure des besoins.

Dans les deux cas, c'est le pharmacien qui prépare les médicaments ou les achète dans le commerce ; c'est lui qui les vend, en masse ou en détail, dans une officine ouverte, et qui assume la responsabilité de leur qualité ; mais la distribution aux malades diffère.

Or, la loi sur le haut enseignement a prévu cette différence, et en exigeant des médecins des examens sur la chimie, sur la botanique, sur la matière médicale et sur la pharmacie, elle a voulu que la société, quand elle confiait au médecin la vente des remèdes, eût toutes ses garanties.

Cette différence dans la distribution des médicaments aux malades, est commandée par une *absolue nécessité qui n'existe que dans les communes rurales*, et qui résulte, d'un côté, de l'obligation d'assurer le service médical à la campagne comme dans les villes et, de l'autre côté, du défaut de pharmaciens.

Cette *nécessité absolue* est reconnue par toutes les lois, par celle de l'an XI, aussi bien que par celle de 1818, elle est reconnue par les partisans de l'article 6 de l'avant-projet, aussi bien que par ses adversaires. La nécessité d'accorder aux médecins des communes rurales le droit de vendre des médicaments à leurs malades, ne peut donc pas être révoquée en doute, et la question seule qu'il puisse y avoir à examiner, est celle de savoir s'il est opportun, s'il est utile de subordonner ce droit à la condition établie par l'article 6.

Si nous comprenons bien cet article, le Gouvernement, aidé des députations permanentes des Conseils provinciaux et des Conseils médicaux, autoriserait les médecins de certaines localités, à fournir des médicaments, mais cette autorisation cesserait de plein droit dès qu'un pharmacien viendrait s'établir dans ces communes ; ensuite, il ne suffirait pas qu'une commune fût sans pharmacien, pour que le médecin pût y vendre des médicaments, il faudrait, en outre, l'autorisation du Gouvernement.

Nous applaudissons à l'idée de faire intervenir l'État, les Conseils médicaux et les députations permanentes pour fixer les lo-

calités où le cumul (1) aura lieu, parce que l'on pourra, de cette manière, le restreindre aux cas d'*absolue nécessité*, ce qui n'a pas été fait par la loi du 12 mars 1818, parce que nous avons foi dans ces autorités qui ne permettront pas que, sous leur tutelle, le service sanitaire rural décline, et parce que le tableau des localités une fois arrêté, le sera définitivement. Mais soumettre le cumul à la condition de devoir cesser par le fait de l'établissement d'une pharmacie dans la commune où il aurait été autorisé, serait, d'après la majorité de la Commission, poser un acte nuisible à la salubrité et à la santé publiques dans les campagnes, nuisible aux intérêts matériels des médecins et contraire à la dignité de la profession ; ce serait, en outre, poser un acte injuste.

M. le docteur Willame, de Leuze, dans le mémoire que nous avons analysé dans le compte-rendu des documents, a dit avec raison que, dans l'état actuel de la profession médicale, le salaire est un des grands mobiles du médecin, et il a proposé un système pour y remédier. L'Académie considérera, sans doute, avec nous, ce système comme le rêve d'une âme généreuse, mais qui n'est pas près de se réaliser. En attendant force sera d'accepter la rétribution des malades, comme l'une des plus puissantes considérations qui doivent influencer sur le médecin, dans le choix de sa résidence.

Les praticiens s'accumulent dans les villés et dans les centres industriels, parce que là sont les grands salaires. Si cette tendance est déjà si forte, aujourd'hui que la loi de 1818 assure les avantages du cumul à ceux qui s'établissent à la campagne, il est évident que l'émigration vers les villes augmentera du moment où ces avantages disparaîtront, et par conséquent, l'hygiène et le service sanitaire rural en souffriront nécessairement.

Le droit accordé aux praticiens de la campagne, de délivrer des remèdes à leurs malades, augmente leurs revenus. Si ces revenus étaient tels qu'ils pussent supporter un partage, nous comprendrions que l'on fit un appel aux pharmaciens pour y participer ; mais, malgré cet accroissement de ressources, le sort des médecins dans les communes rurales d'une grande partie du pays, n'est guère digne d'envie. Pour prix de leurs fatigues, des dangers auxquels ils sont exposés, et des immenses services qu'ils

(1) D'après ce qui précède, il est bien entendu que le mot *cumul* ne doit pas être pris ici dans sa vraie signification, et qu'il ne s'agit que de la vente des remèdes par certains médecins à une catégorie déterminée de malades.

rendent à l'humanité, ils sont souvent obligés, quand ils n'ont pas de fortune personnelle, de s'imposer de grandes privations. Aggraver encore cette position, ce serait leur rendre l'existence impossible; ce serait, par conséquent, opérer leur ruine, tout en désorganisant le service médical rural et en allant à l'encontre du but que le devoir impose à l'État, celui d'assurer le service sanitaire, en mettant partout le nombre des praticiens en rapport avec la population.

D'après un rapport de Trebuchet sur l'influence de la loi de l'an XI, il s'est produit dans les campagnes, en France, une véritable disette de médecins, et près de vingt millions de villageois y sont presque entièrement privés de secours médical (1).

C'est pour éviter de semblables effets, qu'en 1818, le Gouvernement modifia, chez nous, la loi de la république. La loi du 12 mars fut, par conséquent, un progrès et le retour à la loi de l'an XI serait un recul.

Mais, dira-t-on, aussi longtemps que les ressources des communes rurales flamandes resteront aussi restreintes qu'aujourd'hui, les pharmaciens n'iront pas s'y établir, les médecins continueront à y jouir du bénéfice de la vente des médicaments et l'on aura du moins, par le système de l'article 6, préparé la voie à l'incompatibilité absolue des deux professions pour une époque plus heureuse.

Sans doute, les lois se font pour l'avenir autant que pour le présent; mais de bonne foi, quel espoir y a-t-il de voir jamais les communes rurales flamandes assez florissantes pour pouvoir fournir une existence honorable simultanément à un médecin et à un pharmacien? Puis, qui donnera l'assurance que, dans l'intervalle, et même dans l'état actuel de ces communes, des pharmaciens sollicités par la loi, ne répondront pas à ses vœux? Cette incertitude empoisonnera l'existence des médecins et déterminera encore l'abandon des campagnes.

Supposons, au surplus, que le paupérisme ait cessé dans les Flandres, il restera toujours à lutter contre l'habitude, invétérée dans ces provinces, de ne voir qu'un seul homme dans celui qui ordonne et qui applique ou fournit les moyens de guérir, et contre le défaut d'instruction et d'éducation qui porte le campagnard à confondre les honoraires avec les remèdes, et qui l'empêche

(1) Mémoire publié par M. le docteur Bulckens, pag. 5, 1853.

de comprendre que le médecin doit être rétribué pour sa science et non pour le médicament qu'il administre.

La conséquence inévitable de ces dernières considérations est, que l'existence des médecins à côté des pharmaciens, dans les communes rurales flamandes, est impossible.

Une autre conséquence tout aussi évidente, c'est que dans la lutte qui s'établirait dans les localités où cette coexistence serait essayée, le médecin devrait infailliblement succomber et céder sa place au pharmacien. Celui-ci deviendrait donc l'arbitre de la santé publique, au grand scandale de la profession avilie et au détriment de l'humanité. On objectera peut-être que rien de tout cela ne s'observe dans les provinces wallonnes, où le cumul, malgré la loi de 1818, ne s'est pas introduit.

Le comité de l'association médicale de l'arrondissement de Gand, a fait le parallèle entre ces riches et industrieuses provinces et les populeuses et pauvres Flandres, entre les grands fermiers wallons, habitués depuis longtemps à voir le médecin et le pharmacien exercer séparément leur art, et les petits cultivateurs flamands, soumis à d'autres habitudes, et il a fait ressortir de ce parallèle la cause de la différence des résultats produits par une mesure uniforme.

Mais, si l'absence du cumul n'a point produit, dans les provinces wallonnes, les effets que l'on redoute pour les Flandres et d'autres provinces, elle n'a point été cependant entièrement innocente. On cite dans le Hainaut, des cantons entiers sans médecins, et on calcule que pour une population de 22,600 habitants, il n'y a que deux médecins, tandis que pour une population semblable, il y en a huit dans les Flandres. Il est vrai qu'il y a six pharmaciens d'un côté, tandis que de l'autre, il n'y en a pas ; mais l'on se demande avec raison où le service médical est le mieux assuré en temps ordinaire et surtout en temps d'épidémie ?

Ensuite, s'il est reconnu que l'officine du pharmacien n'est pas devenue, dans les provinces, comme cela arriverait nécessairement dans les communes rurales flamandes, un bureau de consultations médicales et une source d'affreux charlatanisme, s'il est reconnu, disons-nous, que le bon sens du campagnard wallon l'a préservé d'un pareil malheur, l'on ne niera pas qu'il s'y est produit un résultat inverse, mais également fâcheux. La pharmacie y est déserte, le sort des pharmaciens de campagne y est digne de pitié. Ils sont rares ceux qui n'ont pas été obligés de chercher dans une autre profession exercée simultanément

avec la pharmacie, une existence que leur diplôme leur refusait.

La position malheureuse de ces pharmaciens n'est pas étrangère à la demande que l'on fait d'en limiter le nombre.

Cette demande est inconciliable avec l'article 6. L'on ne peut évidemment désirer à la fois limiter le nombre des pharmaciens pour empêcher l'encombrement de la profession, et appeler dans la carrière des candidats plus nombreux, en leur présentant une fausse perspective. Si vous demandez la limitation, c'est sans doute pour empêcher, entre autres maux, que des malheureux pharmaciens aillent se fourvoyer en s'établissant dans des communes où ils ne sauraient vivre honorablement pour eux et pour la profession. Acceptez donc avec la majorité la modification qu'elle veut apporter à l'article 6, car elle tend au but que vous voulez atteindre, et n'allez pas, avec l'article tel qu'il a été rédigé dans le projet, contrarier vos propres désirs.

Les maladies sont souvent rapides dans leur marche, et le salut des malades dépend fréquemment de la prompt administration du remède. Jamais, même dans ces cas, l'incompatibilité des deux professions ne peut donner lieu à des inconvénients là où les populations sont agglomérées, comme dans les villes ; mais il n'en est pas de même à la campagne où les distances entre les habitations sont grandes. Le médecin des communes rurales, même quand il y aurait un pharmacien, doit donc être autorisé, et toujours dans l'intérêt du public, à porter sur lui et à administrer les remèdes employés dans les cas urgents. Du moment que cette autorisation est reconnue nécessaire pour quelques circonstances, il faut la rendre générale, si vous ne voulez ouvrir la porte aux conflits et aux luttes qui amènent la déconsidération de la profession.

Admettons un instant que l'article 6 de l'avant-projet soit admis. Le jeune médecin qui ira s'établir à la campagne sous les dispositions de cet article, devra nécessairement recevoir, aujourd'hui, l'autorisation de vendre des médicaments à ses malades. On ne saurait faire autrement, les pharmaciens manquent. Après quelques années, les pharmaciens étant devenus plus nombreux, il ira s'en établir un à côté de lui. Le Gouvernement retirera-t-il au médecin l'autorisation accordée ? S'il la maintient, la loi sera inexécutée ; s'il la retire, tout cœur honnête se souleva d'indignation en voyant jeter dans la misère, pour prix de son dévouement, un digne praticien, qui est allé mettre son talent et ses veilles au service du public, au moment où l'on ne pou-

vait se passer de lui, et que l'on brise, sans pitié, comme un être inutile ou nuisible, du moment où le pharmacien paraît ! Placer l'État dans une pareille alternative serait une faute grave.

Si le retrait de l'autorisation paraît déjà si injuste, quand il s'applique à celui qui aurait accepté sa position en connaissance de l'article 6, combien ne serait-il pas révoltant lorsqu'il frapperait des praticiens, pour qui la vente des médicaments est devenue un droit acquis, sanctionné par un antique usage et par trente-six années d'exercice *légal*, qui, en répondant à la loi de 1818, s'en sont assuré la garantie et les bénéfices, et qui, en retour de ces avantages, ont doté les campagnes d'un service médical répondant à tous les besoins et admirablement organisé !

Si l'on répétait l'objection que les droits acquis doivent disparaître quand il s'agit de l'intérêt de l'humanité, nous répondrions avec le comité médical de Gand, que si l'humanité devait profiter de cette disparition, les médecins ne seraient pas les derniers à la réclamer, quelque inaliénables que soient les droits acquis de par la loi. Habités à se dévouer à l'humanité, ils ne reculeraient pas devant ce nouveau sacrifice ; mais c'est parce que, tout en consommant la ruine du médecin de campagne et en lui montrant en perspective, la déconsidération, l'anéantissement et la misère, pour prix de son abnégation, de son rude et pénible labeur, on nuit, en outre, à l'humanité, qu'on vous supplie de ne pas commettre, par l'adoption de l'article 6, nous ne dirons pas seulement un acte illicite, mais une criante iniquité.

Dans les procès-verbaux des séances de la Commission et dans le compte-rendu des documents, il a été répondu aux objections déduites de la nécessité du contrôle et de l'état des officines de pharmacie chez les médecins ; celle qui place le praticien livrant des médicaments, entre son devoir et son intérêt n'est pas plus sérieuse. La morale et la science n'ont rien à souffrir de cette vente. Il est sans exemple qu'un médecin, sans nécessité et uniquement pour arriver à un compte plus élevé, ait fait choix des remèdes les plus chers. Ensuite, les médecins qui ne livrent pas de médicaments, ne sont pas à l'abri des reproches de cette nature. Le peuple ne comprend pas que le médecin ne donne pas de *recette* toutes les fois qu'il est consulté. De là résulte que l'on reproche à celui-ci de prescrire souvent des remèdes, non dans l'intérêt du malade, mais dans celui de

sa propre réputation. Ce sont là, nous paraît-il, de bien faibles considérations dans une question de si haute importance.

En résumé, toute loi naît d'un abus ; cependant, dans l'espèce, il est impossible d'en trouver un seul qui justifie l'article 6 de l'avant-projet.

Au contraire, la loi de 1818 a été conçue dans le but d'améliorer la loi de Germinal an XI ; revenir à cette dernière loi, serait donc rétrograder vers un état de choses qui a été jugé mauvais ; ce serait en même temps commettre une injustice, et s'exposer à perdre peu à peu tout le fruit de trente-six années de peine, à voir le service médical rural des communes flamandes se désorganiser, leurs médecins livrés à la déconsidération et à la ruine, et les communes elles-mêmes abandonnées au charlatanisme.

C'est pour ces motifs que la majorité de la Commission s'est prononcée contre l'article 6. Parmi les modifications qu'on a proposé d'y apporter, elle a donné la préférence à celle qui a été adoptée ; d'abord, parce que, à une autre époque, elle a reçu déjà l'approbation de l'Académie ; ensuite, parce qu'elle permet, comme nous l'avons dit plus haut, de prendre en considération tous les intérêts réels, ceux des pharmaciens comme ceux des médecins, et de satisfaire par une mesure uniforme à des besoins qui ne sont pas les mêmes dans toutes les provinces.

ART. 8. A l'article 8, la Commission a discuté une proposition relative à la limitation du nombre des pharmaciens.

A l'appui de cette thèse, on a fait valoir les graves inconvénients qui résultent de la multiplication indéfinie des officines, hors de toute proportion déjà avec les besoins et les ressources du public. Parmi ces inconvénients on a cité, comme un des plus grands, l'ardente concurrence qui s'établit entre elles et qui ne peut tourner qu'au préjudice des malades. Il est à prévoir que, pour soutenir la concurrence, des pharmaciens peu délicats, peu achalandés, et par suite mal à l'aise, donneront la préférence aux drogues qui se paient le moins et partant de moindre qualité, sans que les inspections annuelles puissent empêcher d'une manière complète cet abus.

Si la limitation du nombre des pharmaciens et leur emplacement selon les besoins s'obtenaient, chaque pharmacien trouverait dans l'exercice de sa profession, une aisance honnête, ne serait pas exposé à chaque instant à devoir recourir en dehors d'elle, pour s'en procurer une, et, s'il lui restait quelque loisir, il le consacrerait à la science, comme le font aujourd'hui quel-

ques pharmaciens qui jouissent de cet avantage, tandis que la généralité, ne trouvant pas dans le débit des drogues, des moyens suffisants d'existence, y joignent d'autres commerces qui absorbent leur temps et leurs capitaux au détriment de l'art et du public, et les établissent même d'ordinaire dans les locaux mêmes de leurs officines, au mépris des lois.

L'état de gêne où vivent la plupart des pharmaciens, dans les communes rurales, et les expédients auxquels ils sont forcés de recourir pour améliorer leur condition, nuisent à leur considération et leur enlèvent, pour ainsi dire, tout caractère d'homme scientifique.

On pourrait invoquer encore à l'appui de la proposition, la limitation du nombre des notaires, à l'exemple de quelques États d'Allemagne, mais il suffit de la conviction sincère et raisonnée, que c'est le moyen de relever la profession de pharmacien, de lui assigner le rang qu'elle doit occuper dans la société, et d'offrir à celle-ci la garantie morale qu'elle sera exercée partout avec fidélité et à son plus grand avantage, pour qu'on réclame instamment l'adoption de la proposition (1).

Il a été objecté qu'en Belgique les professions en général sont libres, moyennant certaines conditions à remplir; que si cette liberté donne lieu à des inconvénients, elle présente aussi ses avantages; que la limitation du nombre des pharmaciens n'est pas exempte de défauts, et qu'il y a des moyens de remédier aux abus de la concurrence sans recourir à celui que l'on propose. Ces moyens consistent à montrer plus de sévérité dans les examens d'admission au grade de pharmacien, et à augmenter les frais de réception au lieu de les abaisser continuellement (2). La proposition a été adoptée par cinq voix contre deux.

Les autres paragraphes de l'article 8, ont été vivement critiqués par M. De Hemptinne et défendus par les autres membres. Il avait annoncé qu'il adresserait à la Commission un mémoire dans lequel il exposerait son opinion, mais la mort qui nous a enlevé si inopinément ce savant collègue, l'a encore empêché de réaliser cette promesse. Privé de ce travail de notre ami, et craignant de ne pas reproduire assez fidèlement sa pensée en résumant ici ce qu'il a dit dans la Commission, nous préférons

(1) Voir *procès-verbal* du 12 novembre 1853.

(2) Voir *procès-verbal* du 12 novembre 1853.

renvoyer aux procès-verbaux des séances du 12 et du 25 novembre 1853, procès-verbaux qu'il a lus et qu'il a adoptés.

ART. 9. L'article 9 et l'article 20 sont pour ainsi dire connexes.

Le dernier défend la vente des remèdes secrets, l'autre définit le remède en général. C'est pour pouvoir mieux atteindre les remèdes secrets que l'on a songé à donner une définition du remède en général; il faut donc que ces deux articles se suivent; aussi la Commission a-t-elle jugé à propos de les réunir.

ART. 10. L'addition que la Commission propose de faire à cet article, est nécessitée par l'opposition qui existerait sans cela entre cet article qui défend de gérer plus d'une officine, et l'article suivant qui permet à un pharmacien de gérer, outre sa propre pharmacie, celle d'une veuve de pharmacien de la même localité.

ART. 13. Le second paragraphe de l'article 13 du projet, devenu l'article 12 du projet modifié, prescrit la conservation des recettes pendant au moins *dix* ans. La Commission ne voyant pas l'utilité d'un temps aussi long, propose *cinq* ans.

ART. 14. La Commission a adopté la suppression du second paragraphe de l'article 14.

Le but de ce paragraphe est évident. On veut empêcher que le pharmacien d'un hôpital, d'un hospice, ou d'autres établissements de charité ou industriels vende ou distribue des médicaments à d'autres malades qu'à ceux de l'établissement auquel il est attaché.

Mais ce que l'on veut empêcher surtout, c'est que le directeur d'un établissement de cette nature, s'autorise de la présence, du diplôme et du nom du pharmacien, pour vendre des médicaments au profit de l'établissement ou pour en distribuer.

De graves abus qui ont eu lieu justifient cette défense. Toutefois, la Commission n'a pu admettre que le pharmacien en devenant l'employé d'un établissement, perde le droit de tenir officine ouverte même dans cet établissement, si l'administration le lui permet.

On pourrait objecter qu'aucun hôpital ou hospice, dans son intérêt, ne permettra jamais à son pharmacien de tenir officine ouverte pour son compte, dans l'établissement. Par conséquent, si ces hôpitaux vendent ou distribuent des médicaments ce sera

à leur propre profit et non au profit du pharmacien, qui ne sera qu'un prête-nom, et un pareil abus ne peut être toléré.

Si la suppression, adoptée par la Commission, était rejetée par l'Académie, il y aurait à examiner s'il ne serait pas nécessaire de supprimer au moins les mots : « Excepté dans les communes où il n'existe pas de pharmacie. »

Dans les communes où il n'y aura pas de pharmacie, il y aura un médecin autorisé à vendre des médicaments à ses malades, et il y aura, par conséquent, les mêmes raisons pour empêcher la vente et la distribution des remèdes par l'hospice ou l'hôpital. Les intérêts de ce médecin sont aussi respectables que ceux d'un pharmacien. Ensuite, là où il n'y aura pas de pharmacie, l'hospice n'aura très-probablement pas de pharmacien, et ce sera le médecin qui y préparera les médicaments. Pourquoi accorderait-on à ce médecin ou plutôt à son directeur, le droit de tenir officine ouverte dans l'hospice, quand on ne le lui permet pas chez lui ?

ART. 18. La Commission a été unanime pour reconnaître la nécessité de réprimer énergiquement le scandaleux abus qui se fait de la presse, au profit du charlatanisme médical. Par conséquent, elle applaudit tout entière à l'esprit dans lequel le § 2 de l'article 18 est conçu ; mais elle craint que l'article, tel qu'il est rédigé, ne manque son but en le dépassant, et qu'en voulant mettre un frein à une exploitation déshonorante, il ne nuise à la science et n'entrave la propagation des découvertes annoncées d'une manière honnête et convenable. C'est pour ce motif, qu'elle propose d'apporter à la rédaction un changement qui a pour objet de retrancher quelques mots trop généraux, trop vagues et trop susceptibles d'interprétation arbitraire, et d'en introduire d'autres qui ouvrent aux auteurs des découvertes réelles une voie pour s'assurer d'une manière certaine la priorité à laquelle ils ont droit. Les mots supprimés sont : *ne faire aucune annonce relative à l'art de guérir*, et ceux que l'on propose d'ajouter ont pour but la publication des remèdes, etc., par toute autre voie que par les journaux scientifiques.

ART. 19 et 21. Les articles 19 et 21 ont été l'objet d'un changement de rédaction qui n'a pas besoin d'être justifié.

ART. 25. Il n'en est pas de même de l'article 25 qui a été profondément modifié. En ce qui concerne les dentistes, la Commission maintient la décision prise par l'Académie en 1844, et par laquelle le titre de docteur en médecine serait requis pour exercer la profession de dentiste. Autrefois, dit-elle, il y avait des spécialistes

de plusieurs espèces. A mesure que la science a fait des progrès, l'on s'est convaincu que le traitement de toutes les maladies exige impérieusement des connaissances générales que les spécialistes n'avaient pas, et le nombre en a été réduit successivement. Le moment est arrivé d'opérer la même réforme pour les dentistes. Personne n'ignore que les maladies des dents exigent souvent des opérations pour lesquelles il faut une dextérité particulière et une initiation à certains travaux manuels et mécaniques. Mais il est évident que les jeunes docteurs qui voudront se livrer à la profession lucrative de dentiste, s'efforceront d'acquérir cette aptitude, et qu'ils y parviendront d'autant plus facilement qu'ils y auront été préparés par des études fortes. Les docteurs qui s'occupent aujourd'hui des maladies d'yeux, et ceux qui exécutent la taille, ne le cèdent certainement pas en dextérité aux spécialistes d'autrefois.

Quant aux examens des sages-femmes, la Commission est d'avis qu'ils doivent être confiés, dans chaque province, au Conseil médical ou à ses délégués auxquels sera adjoint le professeur d'accouchements de la maternité où les élèves auront reçu leur instruction.

Si contre toute attente la proposition d'exiger le grade de docteur pour l'exercice de la profession de dentiste était rejetée, le droit d'examen devrait être maintenu aux Conseils médicaux.

La Commission n'admet aucune des raisons alléguées dans les notes explicatives du projet pour modifier cette partie de la législation de 1818, et avec la Commission médicale de Bruges, elle proteste contre l'une d'elles, au nom de la considération scientifique dont jouit le corps médical du pays.

Le second paragraphe de l'article 25, se rapporte plus directement à l'article 26 qu'à celui où il se trouve. La Commission propose de le déplacer.

ART. 28. Le procès-verbal de la séance du 20 septembre rend compte des débats qui se sont élevés dans la Commission au sujet de l'article 28. Comme il a été adopté sans modification, nous nous contentons de renvoyer à ce procès-verbal.

ART. 29. Aujourd'hui l'action des médecins pour leurs visites, etc., se prescrit par un an. L'avant-projet en portant le délai à trois ans, a mis cette partie de la législation plus en harmonie avec les usages du pays. Cependant plusieurs membres de la Commission se sont demandé pourquoi ces créances devaient se

prescrire , et n'en voyant pas la raison , ils ont demandé qu'elles soient déclarées imprescriptibles.

D'après d'autres membres, l'imprescriptibilité ne pourra jamais être accordée, parce qu'aucune créance n'est imprescriptible. Le terme de la prescription est calculé d'après les habitudes. Il y a des créances qui ordinairement se paient vite ; pour celles-là , il y a présomption de paiement après peu de temps ; elles doivent, par conséquent, se prescrire par un délai fort court. Les créances des médecins ne se payant qu'après un an, l'époque actuelle de la prescription n'est évidemment pas assez longue. Trois ans ont paru suffire à certains membres, un autre a demandé dix ans, mais la majorité s'est prononcée pour l'imprescriptibilité.

SERVICE MÉDICAL DES PAUVRES.

Le chapitre relatif au service médical des pauvres a paru à la Commission incomplet et bien inférieur au travail adopté par l'Académie sur cette matière en 1849. Aussi, n'hésite-t-elle pas à déclarer que, dans son opinion, il y a lieu de reproduire près du Gouvernement l'ancien projet de 1849 et de le prier d'en faire l'objet d'un projet de loi séparé. La haute importance de ce service et l'absence complète de connexion entre lui et les autres parties de l'avant-projet, rendent cette substitution possible et désirable.

Néanmoins, la Commission a examiné les différents articles de ce chapitre des pauvres, et croit devoir proposer à l'article 3 un changement qui soumet la nomination des pharmaciens aux mêmes formalités que celle des médecins.

L'examen du projet étant terminé, la Commission a demandé que l'on renouvelât les dispositions de l'article 32 de la loi de germinal et de l'arrêté de floréal an XI, qui interdisent aux pharmaciens d'exercer, dans le local de leur officine, un autre commerce que celui de la pharmacie, et qu'à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins vétérinaires, le Gouvernement assurât un subside annuel aux médecins qui s'établiraient dans les communes trop pauvres pour fournir à l'existence d'un homme de l'art. Elle a cru, en outre, devoir appeler l'attention sur l'institution des médecins cantonaux.

Messieurs, l'avant-projet soumis à votre délibération a été repoussé par quelques associations médicales, comme n'étant pas

à la hauteur et ne répondant pas aux besoins de notre époque. Vous ne perdrez pas de vue, que cette critique sévère prend sa source dans les deux questions que nous avons considérées comme préalables. Ceux qui leur donneront la solution qu'elles ont reçue déjà dans cette enceinte, et qui admettront que la loi ne doit être qu'une loi de principes, reconnaitront volontiers que l'avant-projet est empreint d'un sage esprit de progrès, et qu'il comble les lacunes que le temps a introduites dans la législation de 1818.

L'Académie a consacré sept séances à la discussion du rapport qui précède ; l'avant-projet de loi, déjà amendé par la Commission de législation, a été modifié et définitivement adopté par la Compagnie, dans les termes suivants :

Avant-projet de loi sur l'organisation sanitaire et l'exercice de l'art de guérir.

CHAPITRE PREMIER.

Organisation.

ART. 1^{er}. Il y a dans chaque province, un conseil chargé de la surveillance de tout ce qui se rattache à la police de la médecine et à la santé publique dans l'étendue de son ressort.

Des arrêtés royaux déterminent l'organisation et les attributions de ces conseils. Ils se renouvellent par tiers tous les trois ans. La nomination des membres qui les composent appartient au Roi.

CHAPITRE DEUXIÈME.

De l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de l'art des accouchements, de la pharmacie et des professions spéciales se rattachant à l'art de guérir.

ART. 2. Nul ne peut exercer une branche de l'art de guérir si ce n'est en conformité de son titre légal, visé, sans frais, par le Conseil médical de la province où il établit sa résidence.

Les §§ 2 et 3 de l'art. 65 de la loi du 15 juillet 1849, sont abrogés.

ART. 3. Les docteurs en médecine, en chirurgie ou en accouchements ont le droit d'exercer cumulativement celles de ces branches de l'art de guérir pour lesquelles ils sont diplômés.

ART. 4. Le Gouvernement, après avoir pris l'avis de la dé-

putation permanente du Conseil provincial et celui du Conseil médical de la province, peut autoriser des praticiens établis à l'étranger, dans les communes frontières, à exercer, dans les communes belges limitrophes, les branches de l'art de guérir pour lesquelles ils sont diplômés dans leur pays ; cette autorisation est révocable et tombe par le fait de l'établissement d'un praticien belge dans l'une ou l'autre de ces communes.

ART. 5. L'exercice de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements ne peut être cumulé avec celui de la pharmacie.

Toutefois, dans les communes rurales, les médecins sont autorisés à fournir eux-mêmes à leurs malades les médicaments qu'ils prescrivent ; il en est de même dans les villes où il n'y a pas de pharmacien. Ceux qui veulent jouir du bénéfice de cette autorisation, sont tenus d'en donner immédiatement connaissance au Conseil médical de la province.

Les médicaments devront être pris chez un pharmacien tenant officine ouverte.

ART. 6. Est interdite toute association entre un praticien et un pharmacien, pour la vente de médicaments ou remèdes.

ART. 7. Les pharmaciens ne peuvent délivrer des médicaments ou remèdes que sur la présentation d'une recette signée par la personne qui l'a prescrite.

Lorsqu'une recette, non signée par un praticien ou un médecin vétérinaire, portés sur les listes officielles, comprend des substances vénéneuses ou narcotiques, le pharmacien ne peut y donner suite qu'en se conformant aux dispositions réglementaires, prises en vertu de l'art. 19.

ART. 8. Un pharmacien ne peut tenir ou gérer plus d'une officine. Il doit habiter la maison où l'officine est établie.

ART. 9. Au décès d'un pharmacien, ou dans le cas prévu par le n° 1 de l'art. 23, la veuve ou les enfants pourront tenir l'officine ouverte pendant un an, à la condition de la faire desservir par un candidat en pharmacie ayant, au moins, deux années de stage et agréé par le Conseil médical de la province.

ART. 10. Tous ceux qui sont autorisés à délivrer des médicaments sont personnellement responsables des accidents qui ont lieu par suite d'inobservation des lois et règlements, de négligence ou d'imprudence commises dans leur officine.

ART. 11. Les pharmaciens ne peuvent communiquer les recettes qu'aux praticiens qui les ont formulées, aux personnes

pour lesquelles elles ont été prescrites et à celles qui sont déléguées par l'autorité judiciaire ou chargées de l'inspection des officines.

Ces recettes doivent être conservées au moins pendant dix ans.

ART. 12. Les pharmacies des hôpitaux, hospices et autres établissements de charité sont soumises au régime de la présente loi. Toutefois, le Gouvernement peut autoriser le médecin de l'établissement à préparer lui-même les remèdes et médicaments.

ART. 13. Les officines des pharmaciens, les dépôts de médicaments établis par des praticiens en vertu des art. 5 et 28, ainsi que les locaux qui en dépendent, doivent être en tout temps accessibles aux personnes désignées pour les inspecter.

Aucune officine ne peut être inspectée par des pharmaciens ayant livré, en totalité ou en partie, les médicaments qu'elle renferme.

ART. 14. Il y a exercice illégal de l'art de guérir, lorsqu'une personne, non munie d'un diplôme ou d'un titre qui lui confère le droit d'exercer la médecine ou l'une de ses branches, donne habituellement, même à titre gratuit, des avis ou consultations précédés ou non précédés de la visite des malades, ou bien lorsqu'elle fournit, distribue ou applique, de la même manière, un médicament ou un agent quelconque, ayant ou auquel on attribue des propriétés médicinales.

Toutefois, ne sont pas considérés comme exercice illégal de l'art de guérir, la vente des drogues, des cosmétiques, des eaux minérales, des bandages et des appareils orthopédiques, le débit ou l'application des sangsues, des ventouses et des bains médicamenteux, pour autant que ces objets soient débités ou appliqués conformément aux dispositions réglementaires à prescrire par le Gouvernement.

ART. 15. Nul ne peut, pour exercer une branche de l'art de guérir, prendre, de quelque manière que ce soit, un titre médical qu'il n'est pas autorisé à porter en Belgique.

Nul ne peut annoncer, publier ou faire publier, par aucune autre voie que les journaux de médecine, la possession ou la découverte d'un remède ou d'une méthode curative quelconque, ni faire aucune autre annonce relative à l'art de guérir.

ART. 16. Ceux qui, par leur signature, par des annonces, des publications, ou de toute autre manière, facilitent l'exercice illé-

gal d'une des branches de l'art de guérir, sont passibles de la même peine que le contrevenant.

ART. 17. Sont considérés comme remèdes ou médicaments, toutes substances ou agents quelconques ayant ou auxquels on attribue des propriétés médicinales, et destinés à être pris intérieurement, dirigés ou appliqués à l'extérieur, dans le but de prévenir, combattre ou guérir une maladie, un accident ou une affection quelconque.

ART. 18. Aucune vente publique comprenant des substances médicamenteuses, dont il n'est fait usage qu'en médecine, ne peut avoir lieu sans une autorisation de l'administration locale, donnée conformément aux règlements arrêtés par le Gouvernement.

ART. 19. Le Gouvernement détermine sous quelles conditions peut avoir lieu la vente ou le débit des substances vénéneuses ou narcotiques.

ART. 20. Le Gouvernement prend les dispositions réglementaires que nécessitent la rédaction et l'introduction de la pharmacopée officielle.

ART. 21. Les pharmaciens et les praticiens autorisés par la loi à délivrer des médicaments, doivent avoir dans leur officine ou leur dépôt, préparés comme la pharmacopée le prescrit, tous les remèdes indiqués par le Gouvernement.

Ceux qui, six mois après l'introduction de la pharmacopée, n'auront pas, dans leur officine ou leur dépôt, tous les médicaments qu'ils sont astreints de posséder, seront punis, pour chaque objet manquant, d'une amende de 10 francs, laquelle sera doublée en cas de récidive. L'amende sera de 26 francs pour chaque médicament mauvais, gâté, falsifié ou non préparé conformément à la pharmacopée officielle. En cas de récidive, l'amende sera doublée.

ART. 22. Sauf les cas prévus par le § 2 de l'art. 21, toute infraction à l'une des dispositions de la présente loi ou des règlements pris en exécution de ses prescriptions, sera punie d'une amende de 26 à 500 francs, et, selon les circonstances, d'un emprisonnement de huit jours à un mois.

En cas de récidive, les peines pourront être portées à 2000 francs et l'emprisonnement à deux ans.

ART. 23. Sont exclus de plein droit de l'exercice de toute branche de l'art de guérir :

1° Ceux qui sont atteints d'aliénation mentale ;

2° Les condamnés à des peines afflictives ou infamantes.

Les cours ou tribunaux qui condamneront des personnes pratiquant une des branches de l'art de guérir pour des faits prévus par les art. 330, 348 à 353, 361 à 366, 379 à 409 inclusive-ment, 378 et par la première disposition de l'art. 345 du code pénal, pourront, en outre, prononcer l'interdiction perpétuelle ou temporaire de toute profession médicale. Il en sera de même dans les cas où les cours ou tribunaux n'auraient appliqué que des peines correctionnelles aux auteurs des faits prévus par la loi du 15 juin 1846.

ART. 24. La réception des sages-femmes se fera par le Conseil médical de la province. Le professeur d'accouchements de l'école provinciale de maternité fera, de droit, partie de cette Commission d'examen.

ART. 25. Le Gouvernement règle tout ce qui est relatif à la profession de sage-femme, et à celles des dentistes et oculistes brevetés conformément à la loi du 12 mars 1818.

ART. 26. Sont abrogés les lois et les décrets antérieurs, concernant les différentes branches de l'art de guérir, ainsi que les arrêtés, règlements et instructions pris pour leur exécution.

ART. 27. L'action des médecins, chirurgiens, accoucheurs et pharmaciens, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par dix ans.

DISPOSITION TRANSITOIRE.

ART. 28. Ceux qui exercent ou qui ont acquis le droit d'exercer une branche quelconque de l'art de guérir, peuvent continuer à pratiquer dans la limite de leur titre et des dispositions des lois et règlements sous l'empire desquels ils ont été brevetés.

Toutefois, et à l'exception des sages-femmes, les personnes autorisées à exercer l'une des branches de l'art de guérir dans une circonscription déterminée, peuvent la pratiquer dans toute l'étendue du royaume, en se conformant à leur diplôme ou à leur brevet.

SERVICE MÉDICAL DES PAUVRES.

ART. 1^{er}. Un service est organisé dans chaque commune pour distribuer gratuitement à domicile aux habitants pauvres, les secours médicaux de toute nature.

Ce service ne peut être confié qu'à des praticiens exerçant leur profession conformément à la loi.

ART. 2. L'organisation et la surveillance du service médical appartient au bureau de bienfaisance, qui en nomme les agents, sous l'approbation du Conseil communal. A son défaut, il y est pourvu par la députation permanente du Conseil provincial.

Expédition des actes de nomination est, en tout cas, transmise à la députation permanente du Conseil provincial.

ART. 3. Un même service médical peut être établi pour deux ou plusieurs communes, à la demande des Conseils communaux intéressés, et sous l'approbation de la députation permanente du Conseil provincial. Celle-ci en nomme, en ce cas, les agents.

ART. 4. Les frais du service médical des pauvres et la rémunération des agents qui y sont attachés, sont fixés tous les ans par la députation permanente du Conseil provincial : ils sont supportés par les bureaux de bienfaisance, et lorsque les ressources de ceux-ci sont insuffisantes, par les communes, sans préjudice des subsides à allouer, s'il y a lieu, par la province ou par l'État.

ART. 5. Dans le cas prévu par l'art. 3, les dépenses sont réparties conformément aux §§ 1 et 2 de l'art. 132 de la loi du 30 mars 1836. L'art. 133 de la même loi est applicable au paiement des frais du service médical, qu'ils incombent soit au bureau de bienfaisance, soit à la commune.

ART. 6. Les agents du service médical peuvent être révoqués par la députation permanente du Conseil provincial sur la proposition des bureaux de bienfaisance ou des conseils communaux.

ART. 7. Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, chaque bureau de bienfaisance arrête, sous l'approbation du Conseil communal, un règlement destiné à déterminer, en conformité des dispositions qui précèdent, tout ce qui est relatif au service médical des pauvres.

Ce règlement est soumis à l'avis de la députation permanente du Conseil provincial et à l'approbation du Roi.

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

JANV. 1884.	BAROMÈTRE réduit à 0 ^m , à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE centig. de l'air, à 9 h. du matin.	EXTRÊMES de la température centigrade relevée à midi.		QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
			Maximum.	Minimum.			
1	742,27	3,2	2,2	-4,3	4,07	80.	Très-beau ; brouillard le matin, neige abondante le soir.
2	742,10	2,2	0,4	-4,8	1,27	860.	Gris, apparences de dégel ; neige le soir.
3	744,18	-4,4	1,0	-6,3	12,73	83E.	Beau ; se couvre le soir, neige abondante la nuit.
4	734,49	2,4	0,8	-3,7	5,73	83E.-E.	Sombre, pluie, dégel.
5	732,12	2,0	2,5	-0,4	2,29	850.-80.	Dégel continu, pluie faible.
6	734,40	2,7	2,9	1,2	"	850.-80.	Sombre le matin, s'éclaircit le soir : dégel continu.
7	743,99	2,7	4,0	1,5	7,39	880.-8.	Pluvieux, dégel continu.
8	736,20	5,9	7,1	3,9	1,78	80.	Assez beau, dégel continu.
9	741,24	2,9	6,3	2,2	2,42	80.-880.	Pluvieux.
10	741,63	2,9	4,2	2,9	2,17	880.	Gris, sombre.
11	751,01	3,5	4,3	1,8	0,25	880.	Brouillard.
12	750,57	2,0	3,5	2,0	"	8.-88E.	Assez beau.
13	754,72	-0,0	1,8	-0,9	"	88E.-8.	Gris, le soir nuageux.
14	753,01	0,7	3,1	-0,2	"	8.-880.	Gris.
15	752,18	1,1	3,3	0,4	"	8E.-880.	Gris.
16	734,21	4,4	8,4	2,9	"	850.-80.	Doux et beau.
17	762,07	5,7	8,2	4,6	"	80.	Doux et beau.
18	765,35	3,7	7,7	3,5	"	80.-080.	Brouillard.
19	761,21	0,1	6,2	-1,2	0,19	E.	Superbe.
20	761,69	2,1	6,3	1,0	"	860.-80.	Très-beau.
21	768,98	4,4	7,8	2,7	"	80.	Brouillard.
22	764,83	0,8	6,9	-0,6	"	80.-880.	Superbe.
23	763,88	3,8	6,2	1,5	"	80.	Brouillard, brouille.
24	756,41	2,0	6,2	2,3	"	890.-90.	Très-beau ; pluie le soir.
25	762,61	3,9	5,8	2,1	5,66	80.	Très-beau ; se couvre le soir.
26	767,32	6,2	7,7	3,8	0,89	80.-080.	Très-beau mais nuageux le matin.
27	775,34	2,7	6,2	2,5	"	860.	Beau.
28	764,76	4,0	7,0	2,5	3,44	880.-80.	Nuageux ; assez beau le matin, pluie le soir.
29	759,61	3,9	11,9	2,8	1,40	080.	Sombre, pluie.
30	760,80	10,1	11,9	5,3	"	0.-080.	Nuageux, incertain.
31	764,41	8,8	11,6	7,6	"	080.	Gris, sombre.

SÉANCE DU 27 MAI 1854.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet, pour la bibliothèque de l'Académie :

1^o Un exemplaire de la statistique des libéralités au profit des établissements religieux et charitables, pendant les années 1850-1853;

2^o Le premier fascicule du tome 5 des Annales de la société de médecine de Liège;

3^o Le 12^e volume de la 2^e série du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, publié en France par le Département de la guerre;

4^o Le 1^{er} volume d'un Traité de la versification néerlandaise, par M. Prudent Van Duyse, de Gand, ouvrage publié aux frais du gouvernement des Pays-Bas. — Cet envoi a eu lieu de la part de M. le baron de Gericke, ministre de S. M. le roi des Pays-Bas, à Bruxelles. — Des remerciements seront adressés au nom de l'Académie.

II. — CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.

MM. Chandelon, Delwart, Guislain, Broeckx et Hairion s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Daumerie informe qu'obligé de s'absenter de Bruxelles, il ne pourra pas, pendant quelque temps, prendre part aux travaux de la Compagnie.

M. le Président annonce la mort récente de M. le docteur

Naeghels, membre honoraire de l'Académie. La députation qui a assisté à ses funérailles se composait de MM. Daumerie, Graux, Lequime, Thiernes et Sauveur. C'est ce dernier membre qui a été chargé de porter la parole au nom de la Compagnie. Voici son discours :

« Messieurs,

« Il y a trois mois à peine que je prenais la parole au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de l'un de nos membres les plus distingués.

« La Compagnie vient de faire une perte nouvelle en la personne de M. Paul-Norbert Naeghels, né à Tervueren, le 16 juin 1779, et docteur en médecine des Facultés de Leyde et de Paris.

« Notre collègue obtint son premier diplôme le 17 mars 1803. Les difficultés qui s'offraient à lui au début de sa pratique, parce qu'il avait reçu des grades dans une Université étrangère, et, d'un autre côté, la considération qu'un médecin ne saurait donner assez de titres de savoir au public, pour arriver à mériter la confiance, l'engagèrent à se présenter à la Faculté de médecine de Paris, devant laquelle il défendit le 14 juillet 1808, une thèse sur la phthisie pulmonaire, écrite en langue latine. Avant de prendre cette détermination, il avait déjà rempli pendant deux ans les fonctions de médecin de l'un des bureaux de bienfaisance de la ville de Bruxelles, et celle de médecin-adjoint de l'hôpital Saint-Pierre, qui lui furent conférées le 22 messidor an XII. A son retour, il reprit ses fonctions, et, trois ans après, il devint médecin principal du dépôt de mendicité de la Cambre, auquel il resta attaché pendant vingt-neuf années consécutives. En 1813, son zèle, son activité et les services qu'il a rendus dans cette institution, lui méritèrent l'honneur d'être placé à la tête de l'hôpital militaire que le Gouvernement venait de créer à Bruxelles, à la suite des désastres de la campagne de Russie. Une fièvre typhoïde qu'il contracta dans cet établissement, faillit le conduire au tombeau.

« Plus tard, on le retrouve desservant les ambulances qui furent organisées à Bruxelles à différentes époques, et payant de sa personne pendant les épidémies.

« La place de la médecine est dans les asiles de l'humanité souffrante. C'est là et non ailleurs, que se sont formés les grands maîtres, car la science de l'homme malade est tout entière dans

l'observation et l'expérience. Nulle autre branche de connaissances n'exige plus de recueillement. Que ne pouvait-on donc pas attendre, sous ces rapports, de M. Naeghels, dont la vie s'était écoulée dans les hôpitaux, les hospices, les ambulances et dans la demeure des pauvres ? C'est ce dont notre Académie s'est souvenue, en l'appelant à siéger dans son sein. Elle voulut, en même temps, honorer en sa personne, ces hommes simples, estimables, instruits, qui se vouent avec autant de persévérance que de désintéressement au soulagement des infirmités de leurs semblables. La santé de notre collègue ne s'était pas altérée jusqu'alors, et il n'avait perdu rien de son jugement et de son coup d'œil médical. Il était également membre honoraire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de la Société polytechnique de Paris.

« M. Naeghels jouissait, à juste titre, de la confiance de ses concitoyens et de l'estime de ses confrères, il était probe, d'un caractère ouvert, bienveillant, serviable, d'un commerce sûr, facile et agréable. Plusieurs d'entre vous, Messieurs, savent qu'il fut constamment animé du zèle de bien faire, et non de celui qui mène aux grandes réputations, qui ne sont que trop souvent dues à un caprice de la mode, à un certain savoir-faire, à des qualités étrangères à la profession qu'on exerce. Sa bienfaisance se révèle surtout par les soins désintéressés qu'il donna pendant longtemps aux pauvres patronés par la société de Saint-Vincent-de-Paul, par la congrégation des Dames de la Charité et de la Miséricorde, et par d'autres institutions également consacrées au soulagement des familles indigentes.

« La maladie dont M. Naeghels était atteint depuis près de trois ans, épuisait incessamment ses forces. C'est le 15 de ce mois, que, par une mort douce et tranquille, il rendit à Dieu et à la terre, ce qu'il en avait reçu.

« Sa famille et ses amis perdent en lui un homme recommandable. La conscience d'avoir bien rempli ses devoirs et l'estime de ses concitoyens, furent les seules récompenses qu'il obtint pour ses longs et honorables services. »

M. le docteur Delarue, de Bergerac, adresse un travail manuscrit intitulé : Effets prodigieux des narcotiques dans certains cas extrêmes, à haute dose. — Renvoyé à l'examen de M. François.

M. le docteur Hambursin, de Namur, envoie une note intitulée : Appareil nouveau pour le traitement des pieds-bots. — Rapporteur, M. Michaux.

M. Lebeau présente, au nom de M. le docteur Quinart, un mémoire sur la fièvre typhoïde. — Rapporteur, M. Mascart.

M. le docteur Benvenisti, de Padoue, exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui un de ses ouvrages sur l'histoire anatomico-pathologique du système vasculaire.

M. Vanden Broeck, membre correspondant, fait hommage de deux de ses ouvrages qui seront mentionnés au nombre des ouvrages présentés.

III. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

1. DISCUSSION du rapport de la cinquième section sur la présentation des candidats pour deux places de membres titulaires vacantes dans cette section. — M. PASQUIER, rapporteur.

La section présente comme candidats à l'une de ces places :

MM. Chandelon, Vanden Broeck fils, et Rigouts-Verbert ; et comme candidats à l'autre de ces places : MM. Davreux, Leroy et Depaire.

L'Académie, à la majorité fixée par les statuts, procède au vote au scrutin secret sur la question de savoir si la première liste est acceptée.

Cette question est résolue affirmativement.

Elle procède ensuite au scrutin pour la nomination au titre de membre titulaire de l'un des candidats portés sur cette liste.

Le nombre des votants est de 28.

M. Chandelon obtient 25 voix.

Une voix est donnée à M. Rigouts-Verbert, et deux bulletins sont annulés.

En conséquence, M. Chandelon est proclamé membre titulaire. Sa nomination sera soumise à l'agrément du Roi.

Il est procédé au vote sur la question de savoir si la seconde liste est acceptée ; cette question est résolue affirmativement.

Il est procédé au vote au scrutin secret pour la nomination au titre de membre titulaire de l'un des candidats portés sur cette liste.

Le nombre des votants est de 28.

M. Davreux ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est proclamé membre titulaire. Sa nomination sera soumise à l'agrément du Roi.

2. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours de 1851-1853 sur la question suivante : « Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. » — M. MASCART, rapporteur (1).

Messieurs,

En adoptant la question qui précède, l'Académie a déclaré, dans une note explicative, qu'elle avait surtout en vue de réunir en faisceau les connaissances acquises à la science depuis les travaux modernes. Elle avertissait également les concurrents qu'ils pouvaient se dispenser de discuter longuement sur les tumeurs phlegmoneuses, sur l'anthrax et sur quelques autres productions parfaitement connues (2).

Renfermée dans ces limites, la question proposée présente encore une grande importance.

L'Académie n'avait pas seulement pour but de demander l'inventaire et l'appréciation des recherches anatomiques, microscopiques et chimiques auxquelles on s'est livré, depuis le commencement de ce siècle, pour arriver à la détermination des éléments histologiques des productions accidentelles comprises sous le nom de tumeurs : elle voulait encore obtenir des éclaircissements sur plusieurs points obscurs de l'histoire de ces affections.

Le diagnostic des tumeurs est sans doute facilité par la connaissance plus approfondie que l'on possède de leur composition : cependant les travaux modernes n'ont point établi des relations intimes entre l'examen anatomique et l'étude clinique ; les caractères extérieurs propres à distinguer différentes tumeurs sont incertains, et le praticien, pour s'éclairer, doit fréquemment exposer les malades aux dangers qui peuvent résulter des ponctions et des excisions exploratrices.

Les questions qui se rattachent à la nature locale ou diathésique, aux récidives, à la marche maligne ou bénigne des tumeurs méritaient, par leur importance, de fixer la sérieuse attention des concurrents.

Il était également d'une utilité incontestable d'exposer et

(1) La Commission était composée de MM. DE MEYER, GOUZÉE, et MASCART, rapporteur.

(2) *Bulletin*, tome XI, page 423.

d'apprécier les différents procédés usités pour détruire les tumeurs, d'indiquer les moyens hygiéniques et médicamenteux qu'il convient d'employer pour prévenir ou retarder la récidive, et enfin de signaler les cas auxquels l'opération n'est point applicable ou qui sont de nature à réclamer un traitement médical.

Deux volumineux mémoires ont été adressés à l'Académie en réponse à la question proposée.

Le Mémoire n° 1, porte pour épigraphe : « *L'analyse raisonnée des faits est la meilleure des autorités dans les sciences d'observation.* »

Dans les différentes parties de son ouvrage, l'auteur cite les publications qu'il a faites : c'est ainsi qu'il parle de son traité de physiologie pathologique, de son traité des maladies cancéreuses et de son traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.

En se fondant sur ces indications bibliographiques, on reconnaît, sans crainte de se tromper, l'auteur du Mémoire. Au reste, les doutes qui pourraient exister à ce sujet disparaîtraient en présence des citations suivantes :

On lit dans l'introduction du travail ce passage : « Tous ceux qui ont lu mes deux monographies médico-chirurgicales, l'une sur les maladies scrofuleuses et tuberculeuses, l'autre sur les maladies cancéreuses et les affections curables confondues avec le cancer, auront pu se convaincre que je regarde la réunion du trépied : anatomie, pathologie, thérapeutique, comme seule base solide de la médecine à la fois rationnelle et profitable aux malades. »

Plus loin, page 76, on trouve le passage suivant : « Le terme d'hypertrophie partielle de la mamelle que j'ai introduit dans la science pour ces affections, dès 1845, me paraît encore aujourd'hui celui qui s'applique le mieux à la nature de ces affections. Dans la courte esquisse qui va suivre, je n'aurai qu'un petit nombre de remarques à ajouter au travail que j'ai publié à ce sujet dans mon traité des maladies cancéreuses. »

Au bas de la même page on lit un renvoi ainsi conçu : « Lebert, traité des affections cancéreuses et des maladies curables confondues avec elles. Paris, 1851, chez J.-B. Baillière. »

L'Académie a admis dans son programme un usage suivi par toutes les sociétés savantes : elle a décidé que les auteurs qui se

feront connaître de quelque manière que ce soit seront exclus du concours (1).

Tenant compte de cette condition formelle du programme et des extraits du Mémoire qu'elle eût pu produire en plus grand nombre, votre Commission, Messieurs, se trouve dans la nécessité de vous proposer d'écarter du concours l'œuvre du micrographe infatigable, du pathologiste éminent, dont les travaux sur les tumeurs ont été successivement couronnés par l'Institut et par l'Académie de médecine de France.

Le Mémoire n° 2 a pour devise : « *Dans l'exercice de l'art, un diagnostic juste conduit nécessairement à une thérapeutique rationnelle.* » (Rostan.)

Après avoir passé en revue, dans une courte introduction, les diverses définitions des tumeurs admises par Boyer, M. Roux et plusieurs autres, l'auteur déclare que les saillies qui ne sont la manifestation extérieure ni d'une affection générale de l'économie, telles que la syphilis, le cancer, les scrofules, les tubercules, ni d'un déplacement ni d'une maladie d'un organe quelconque, sont les vraies tumeurs qu'il importe d'étudier. Toutefois, il aura égard à la définition classique du mot tumeur et il étudiera aussi les affections qui donnent lieu à des saillies, mais seulement sous le rapport du diagnostic et du traitement.

Il est à peine nécessaire de rappeler que l'étiologie des tumeurs est incontestablement le point le plus obscur de leur histoire : elle ne peut donc servir à la définition ou à la classification de ces maladies. L'auteur ne fournit d'ailleurs pas la preuve que le cancer, les scrofules et les tubercules se rattachent à une affection générale de l'organisme, et il ne discute pas la question de savoir si certaines tumeurs, dont il s'occupe, ne dépendent pas également d'une cause interne et ne devraient pas pour ce motif rester étrangères à ses recherches.

La première partie du Mémoire traite des tumeurs proprement dites : l'auteur les divise en tumeurs enkystées et en tumeurs non-enkystées.

A la première division appartiennent les kystes séreux, sanguins, mélécériques, graisseux, pileux et osseux. Il y a des kystes qui contiennent des corps étrangers : ils sont uniques ou multiples ; il est enfin des cas où ces poches anormales se com-

(1) *Bulletin*, tome XI, page 424.

binent avec d'autres tumeurs, où on les rencontre, par exemple, dans l'épaisseur des tumeurs fibreuses.

Votre Commission, Messieurs, n'ignore pas que le principe de classification qui a pour base le contenu des kystes compte un certain nombre de partisans ; mais par cela même que la nature de ce contenu est très-variable et que dans les kystes glandulaires il est souvent indiqué par le nom de la glande dans laquelle on le rencontre, on ne peut admettre que ce caractère accessoire puisse servir de principe de division des kystes.

L'auteur distingue trois espèces de tumeurs enkystées séreuses.

Les tumeurs vésiculeuses sont formées uniquement de tissu cellulaire sans épithélium, et leur siège de prédilection est le cordon testiculaire et le plexus choroïde. Une hydropisie locale, autour de laquelle se condenserait une aréole celluleuse, tel serait leur mode de développement.

Dans la deuxième variété de tumeurs séreuses, les kystes sont préexistants. Leurs parois sont plus épaisses et leur texture ressemble à celle d'une véritable membrane séreuse : parfois elles ont une apparence cartilagineuse. La production d'une fausse membrane destinée à isoler les caillots sanguins qui se forment dans le tissu cellulaire est un exemple à l'aide duquel on explique le mécanisme de la production de ces kystes.

A la classe des tumeurs séreuses appartiennent enfin les kystes qui se manifestent dans les bourses séreuses normales ou accidentelles et dans les gaines tendineuses.

On cherche en vain, dans cette partie du Mémoire, des explications suffisamment détaillées sur la composition et sur les phases de développement des kystes séreux. L'auteur ne cherche pas à exposer le mode de formation des corps risiformes que l'on rencontre dans les kystes des gaines tendineuses et qui ont été bien étudiées dans ces derniers temps par M. Michon : il ne parle pas de la distinction à établir entre ces derniers kystes et la maladie connue sous le nom de ganglions, qui, selon M. Gosse-
lin, naîtraient des follicules synoviaux appendus aux synoviales articulaires et tendineuses.

Suit une exposition assez complète des symptômes et du traitement des kystes séreux.

L'examen des tumeurs enkystées à particules solides occupe un chapitre spécial du Mémoire. Le contenu de ces kystes est plus ou moins épais et rappelle, par son aspect, le miel, le riz

euit, la gelée : de là les noms de méliceris, d'hygromes, d'athéromes donnés à ces tumeurs par les anciens.

Ces kystes ont une organisation qui se rapproche de celle de la peau ou d'une membrane muqueuse ; leur face interne présente quelquefois des végétations, des granulations comme les muqueuses, elle contient même des glandes sébacées.

Cette description, textuellement extraite du *Mémoire*, prouve que l'auteur n'a pas des idées bien arrêtées sur la texture des kystes sébacés, qu'il assimile d'ailleurs, sous le rapport histologique, aux kystes qui renferment des os, des poils et des dents.

L'origine des kystes sébacés est généralement attribuée à la rétention de la matière sébacée dans les follicules. Pour expliquer la formation des mêmes kystes dans des parties de l'organisme où des follicules n'existent pas, certains auteurs pensent que les poches dont il s'agit sont le résultat de la production d'une fausse membrane destinée à cerner du pus produit par une phlegmasie locale. Au lieu de produire cette hypothèse, l'auteur aurait pu rappeler que MM. Velpeau et Paget admettent la formation spontanée de glandes sébacées et que ces glandes peuvent subir la dilatation kysteuse.

L'auteur parle successivement des kystes qui contiennent des cellules épithéliales, de la graisse et des acéphalocystes.

Plusieurs opinions ont cours dans la science pour expliquer la présence des poils, des os et des dents dans les kystes dermoïdes : sans avoir préalablement discuté, d'une manière convenable, la valeur de ces opinions, l'auteur paraît partager l'avis de ceux qui pensent que les productions organiques en question sont sécrétées par les parois du kyste.

Le *Mémoire* ne traite pas du mode de développement des kystes dans les tumeurs.

L'auteur commence l'étude des tumeurs non-enkystées en présentant de longues considérations sur les anévrysmes.

Il s'occupe ensuite des tumeurs érectiles : adoptant la classification suivie par la plupart des modernes, il les divise en tumeurs érectiles cutanées et en tumeurs érectiles sous-cutanées.

Cette classification, fondée sur le siège des tumeurs érectiles, paraît insuffisante : on ne rencontre pas seulement ces tumeurs dans l'épaisseur du derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore à la surface des membranes muqueuses, dans les tissus musculaire et osseux et dans les organes internes, tels que le foie et le cerveau.

Si on pouvait accepter les assertions de l'auteur, la composition des tumeurs érectiles serait simple et parfaitement connue. Selon lui, les tumeurs érectiles cutanées sont constituées par des vaisseaux de nouvelle formation ou par des capillaires normaux dilatés. Le système artériel concourt particulièrement à leur formation.

L'organisation des tumeurs érectiles sous-cutanées se rapproche de celle du tissu érectile que l'on trouve à l'état normal dans la verge et dans le clitoris. Elles sont formées par des veinules qui ont subi une ampliation considérable : chaque conduit veineux présente un grand nombre d'ouvertures latérales qui s'abouchent dans les veines latérales.

Cette description de la texture des tumeurs érectiles, aurait, si elle était exacte, une grande importance pratique : elle permettrait de distinguer, à la simple inspection, les tumeurs artérielles et veineuses : les unes seraient rouges et les autres bleues ; mais on sait que dans la pratique on trouve toutes les nuances intermédiaires entre les deux colorations, et il est permis d'inférer de ce fait que les tumeurs érectiles cutanées et sous-cutanées n'ont pas la texture invariable qui leur est attribuée par l'auteur.

Vient ensuite une longue dissertation sur les épanchements sanguins qui surviennent à la suite des contusions ou d'une pression longtemps continuée. Les tumeurs sanguines de la vulve, du vagin et du cuir chevelu attirent particulièrement l'attention de l'auteur.

La description de la texture, des symptômes et du traitement du lipôme ne présente aucune particularité intéressante. Seulement l'auteur paraît méconnaître les travaux de Liebig, Wurtz et Wagner, puisqu'il avoue que la formation de la graisse est encore un point mystérieux de la physiologie.

Pour ne pas donner à ce rapport une étendue démesurée, votre Commission, Messieurs, évite de vous présenter l'analyse et l'appréciation des chapitres du Mémoire qui traitent des tumeurs fibreuses, épidermiques, mélaniques, gélatineuses et polypeuses. L'auteur donne sur ces affections des notions incomplètes qu'il a généralement puisées dans les travaux modernes et surtout dans les ouvrages de M. Lebert.

En commençant la deuxième partie de son Mémoire, l'auteur annonce qu'il aborde enfin le côté vraiment chirurgical de la question des tumeurs et qu'il va exposer les signes certains, pathognomoniques à l'aide desquels on établit le diagnostic des

saillies qui peuvent se développer dans les différentes parties de l'organisme. Les considérations relatives au diagnostic des tumeurs seront précédées d'un aperçu topographique de chaque région du corps.

Après avoir reconnu l'impossibilité d'adopter une division dans l'étude de ce grand nombre de tumeurs qui se présentent à l'observation, l'auteur déclare qu'il ne suivra aucune classification : pour rompre la monotonie de ses recherches, il étudiera chaque tumeur sous le nom de la maladie qui lui donne naissance; tantôt il commencera par les tumeurs les plus graves pour finir par les tumeurs les plus innocentes, ou il adoptera un ordre inverse; tantôt il traitera des tumeurs superficielles avant de s'occuper des tumeurs profondes, et sous ce rapport il se réserve encore d'intervertir son plan; d'autres fois il aura une allure tout à fait indépendante, mais il s'efforcera de grouper les tumeurs qui ont entre elles une certaine affinité.

Il est facile de pressentir combien le cadre qui vient d'être indiqué est vaste à parcourir : après avoir donné la description topographique de chaque région, l'auteur ne se borne pas à tracer le diagnostic et à exposer le traitement des productions morbides que l'on désigne, dans l'état actuel de la science, sous la dénomination de tumeurs : il parle du phlegmon, des varices, des anévrysmes, des hernies, des luxations, des fractures, en un mot de toutes les affections dans lesquelles on rencontre quelque saillie. Il fournit également des notions sommaires sur les tumeurs qu'il attribue à une cause interne et que pour cette raison il n'a pas étudiées dans la première partie de son travail.

Votre Commission, Messieurs, estime que l'auteur n'a pas compris la question proposée. Dans la première partie de son Mémoire il ne consacre pas à l'histoire des tumeurs les développements nécessaires, et encore cette partie comprend-elle un long article sur les anévrysmes qui, selon l'auteur lui-même, ne devraient pas être considérés comme des tumeurs.

La deuxième partie du travail témoigne des connaissances anatomiques et cliniques de l'auteur, mais elle est féconde en redites inutiles et écrite sans méthode; nous devons ajouter qu'elle s'écarte généralement de la question mise au concours.

Vos Commissaires ont, en conséquence, l'honneur de vous proposer :

1^o D'exclure du concours le *Mémoire* n^o 1; attendu que l'auteur s'est fait connaître;

2^o De déposer aux archives le *Mémoire* n^o 2.

— M. Didot propose, comme amendement à la première conclusion, de décider que le *Mémoire* n^o 1, qui est de M. Lebert, sera imprimé dans les *Mémoires* de l'Académie, et que le titre de membre correspondant sera offert à l'auteur.

Cette proposition est appuyée par MM. Vleminckx et Mascart, qui déposent, de concert avec MM. Didot et Michaux, une proposition formelle en ce sens.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

La deuxième conclusion de la Commission est également mise aux voix et adoptée.

3. VOTE définitif sur les projets de loi relatifs à l'exercice de l'art de guérir et au service médical des pauvres.

L'ordre du jour appelle le second vote sur les amendements apportés au projet de loi relatif au service médical des pauvres. Ces amendements sont définitivement adoptés.

Il est procédé ensuite au vote, par appel nominal, sur l'ensemble des projets de lois relatifs à l'exercice de l'art de guérir et au service médical des pauvres.

L'un et l'autre sont adoptés. En conséquence, ils seront transmis au Gouvernement.

4. RAPPORT sur les communications de MM. Mathijssen et Van de Loo de Venlo, relatives à l'emploi chirurgical de l'appareil plâtré. — M. DIDOT, rapporteur (1).

PREMIÈRE PARTIE.

Depuis la publication des travaux de M. le baron Seutin, la thérapeutique des fractures a subi des modifications si heureuses, que cette partie de la science chirurgicale se trouve complètement transformée, et présente des conditions de perfection vainement cherchées par tous nos devanciers.

(1) La Commission était composée de MM. MICHAUX, HAIRION, et DIDOT, rapporteur.

N. B. MM. Michaux et Hairion, en donnant leur approbation pleine et entière aux conclusions finales de ce rapport, se sont réservé leur opinion sur les conclusions scientifiques, qui expriment uniquement la manière de voir du rapporteur sur la valeur pratique de l'appareil plâtré.

Vous connaissez, Messieurs, la part glorieuse que notre honorable collègue a prise dans la poursuite de ce résultat, et vous savez qu'il n'est plus guère possible de contester les services que la méthode amovo-inamovible est appelée à rendre et rend chaque jour à l'humanité.

Fortifiée par dix-huit années de lutttes, la doctrine de M. Seutin a résisté à toutes les attaques qu'on a dirigées contre elle, et se trouve assez bien établie aujourd'hui, pour supporter encore les dernières épreuves qu'on voudrait lui imposer.

Mais ici, comme en toute chose, il est une distinction essentielle que l'on n'a point assez faite, et qui doit cependant être établie si l'on veut arriver à une appréciation parfaite des avantages de la *méthode belge* : nous voulons parler de la nécessité de bien préciser les caractères qui appartiennent en propre à la *méthode amovo-inamovible* elle-même, et qui la rendent indépendante des *procédés* divers que l'on peut y rattacher. Par conséquent, nous croyons devoir appeler votre attention sur l'opportunité de tracer une ligne de démarcation parfaitement tranchée entre la pensée fondamentale de l'auteur, ou plutôt, entre le dogme scientifique sur lequel elle est basée, et les moyens matériels qui la rendent applicable aux cas particuliers ; nous voulons enfin que l'on se garde d'établir une solidarité illogique, entre des choses qui sont tout à fait distinctes, et qui doivent rester complètement indépendantes l'une de l'autre.

M. Vidal l'a dit avant nous, le génie crée les *méthodes* ; les *procédés* naissent plutôt du talent. Cependant nous ajouterons qu'une *méthode* ne mérite ce nom que lorsqu'elle se prête naturellement à une généralisation pratique, abstraction faite de certaines circonstances accessoires relatives surtout au matériel de l'application.

C'est ce que M. Seutin lui-même a compris dès les premiers temps de sa découverte, alors qu'il formulait les trois grands principes sur lesquels repose la *méthode amovo-inamovible*, et qu'il déclarait n'accorder qu'une importance secondaire aux éléments matériels qui entrent dans la composition de ses appareils.

Voici, en effet, comment cet honorable auteur s'exprimait en 1838, dans une lettre adressée à la *Gazette médicale de Paris* (1) : « Pour qu'un appareil présentât de très-grands avanta-

(1) *Gazette médicale* de Paris du 1 décembre 1838. Du *bandage amidonné*, pages 186, 190. Bruxelles, 1840.

ges sur le mien, disait-il, *il faudrait qu'il fût solidifiable à l'instant même de son application*, tout en conservant les propriétés du bandage amidonné. Celui-là me ferait incontestablement baisser pavillon devant lui, et me forcerait à reconnaître l'infériorité de mon appareil. J'engage de nouveau les praticiens qui s'occupent de fractures, à faire des recherches pour trouver un moyen contentif qui me force à donner cette marque de soumission.... Au demeurant, je répète encore que je n'ai point la folle prétention de croire que mon bandage amidonné doive échapper aux lois de la perfectibilité. Je suis trop ami du progrès pour vouloir enrayer le char de la science et le forcer à rester dans la vieille ornière. J'applaudirai toujours à tous les perfectionnements possibles, quand bien même ils devraient renvoyer mes innovations à leur tour parmi les antiquailles. »

Aux yeux de M. Seutin, comme aux nôtres, la *méthode amovo-inamovible* est donc indépendante du *procédé* suivant lequel on construit les appareils, et peu importe la matière que l'on emploie, si l'on se conforme en tous points aux principes et aux indications posés par l'auteur de la *méthode*.

Cette distinction qui est capitale, sera mieux comprise encore, si nous résumons en peu de mots les points essentiels qui les caractérisent : on verra par là qu'elle est et doit rester parfaitement indépendante des *procédés*.

« La *Méthode* de M. Seutin, disais-je, lors de la discussion qui s'est élevée dans cette enceinte en 1845⁽¹⁾, est basée sur trois principes essentiels, qu'aucune autre ne saurait revendiquer, savoir : 1^o Exercer une contention *circulaire*, égale sur tous les points du membre, et éviter la compression *latérale* des anciens appareils ; 2^o Empêcher l'immobilité du corps tant vantée par les anciens, parce que la consolidation de la rupture osseuse est d'autant plus prompte et plus sûre, que le blessé peut se permettre une plus grande somme de mouvements ; 3^o Rendre l'appareil à la fois *amovible* et *inamovible*, de manière à obtenir tous les avantages qui se rencontrent dans les deux anciennes méthodes rivales, sans avoir les inconvénients dont elles sont entachées. »

« Voilà, Messieurs, ajoutais-je, les trois grands principes qui font la base de la méthode de M. Seutin. Quant à l'*amidon*, il n'en est que le *moyen*, et qu'un simple adjuvant, auquel nous renoncerons de bon cœur, aussitôt que nous posséderons une

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome IV, page 561. Séance du 29 juin 1845.

substance convenable, qui puisse se solidifier au moment de son application. »

Feu le professeur De Lavacherie émit et soutint la même opinion, quand il dit (1) que « la *méthode amovo-inamovible* est une méthode qui appartient exclusivement à M. Seutin. Je ne sache pas au reste, ajoutait-il, qu'un autre que notre honorable collègue, ait donné le conseil de faire abstraction de tous les autres moyens, pour n'en employer qu'un seul et toujours le même, sans nul égard aux circonstances qui réclameraient des indications plus rationnelles. La *méthode amovo-inamovible* est donc neuve, et diffère essentiellement de tous les autres modes de traiter les fractures, que nous désignerons sous le nom de méthodes anciennes. Ces dernières méthodes consistent, contrairement à celle de M. Seutin, à user de toutes les ressources de l'art suivant leur besoin. »

« Le *bandage* amidonné qui ne compte que de servents partisans n'est pas la même chose que la *méthode amovo-inamovible*, qui n'est qu'un mode d'emploi de l'appareil. Cette distinction est d'autant plus importante à établir, que c'est le mode d'application exclusive du bandage, et non le bandage lui-même qui doit faire l'objet de nos débats. »

Ces prémisses étaient indispensables pour faire comprendre la position que nous croyons devoir adopter en nous livrant à l'examen des questions que soulèvent les communications de MM. Mathijssen et Van de Loo, ainsi que l'heureuse application qu'ils ont faite des appareils plâtrés au traitement des maladies chirurgicales que M. Seutin combat à l'aide du bandage amidonné.

Hâtons-nous de dire que MM. Mathijssen et Van de Loo acceptent aujourd'hui toutes les idées dogmatiques de M. Seutin, et qu'ils adoptent franchement la *méthode amovo-inamovible*, telle que notre honorable collègue l'a instituée, sans y apporter aucune modification essentielle. La *matière solidifiable* seule diffère, puisque ces deux praticiens se bornent à proposer le remplacement de la bouillie d'amidon, par le plâtre étendu sur des bandes de tissu. La Commission n'a donc pas eu à se prononcer sur la valeur d'une *méthode nouvelle*, que l'on aurait opposée à la *méthode amovo-inamovible*. Elle n'a eu qu'à apprécier les éléments d'un *bandage* dont le mérite principal est

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome V, page 474. Séance du 26 avril 1840.

de se prêter à toutes les indications de notre méthode belge, en permettant d'obtenir des appareils solidifiables à l'instant même de leur application.

Quelques développements sont nécessaires pour justifier cette assertion.

Le 30 août 1852, M. le docteur Mathijssen, officier de santé de première classe dans l'armée hollandaise, fit hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Nieuwe wijze van aanwending van het gips-verband bij beenbreucken*, (Nouveau mode d'application du bandage au plâtre dans les fractures). Haarlem, 1852.

Dans cet opuscule écrit d'un premier jet, l'auteur a consigné les premières indications relatives à la confection et à l'emploi des bandages plâtrés, mais comme cela était inévitable, l'expérience n'ayant pas suffisamment sanctionné ces premiers essais, M. Mathijssen reconnut bientôt que des modifications heureuses pouvaient être apportées à ses premiers enseignements, et il s'empressa d'en indiquer quelques-unes dans une communication manuscrite qu'il joignit à sa brochure imprimée.

C'est à propos de ce double envoi que l'Académie nomma une Commission dont j'eus l'honneur de faire partie avec nos honorables collègues, MM. Michaux et Hairion, qui me désignèrent pour rapporteur.

Dès ce moment, le bandage plâtré appartient à la science, et fut livré à l'expérimentation comme à la critique. Ajoutons que M. le docteur De La Coste, médecin de garnison à Louvain, contribua puissamment à faire connaître le nouvel appareil, en publiant dans les *Archives belges de médecine militaire* (1), une traduction du Mémoire de MM. Mathijssen, et bientôt après, un essai (2) sur son emploi en chirurgie.

Toutefois, nous devons reconnaître que ces deux publications n'eussent peut-être pas suffi (malgré l'intérêt tout particulier avec lequel elles furent accueillies), pour faire distinguer le bandage plâtré, si M. le docteur Van de Loo, de Venlo, ne s'était imposé la mission de faire connaître un nouvel appareil, et n'avait assumé toute la responsabilité d'un apostolat scientifique d'autant plus honorable, qu'il est parfaitement désintéressé.

(1) *Archives belges de médecine militaire*, tome X, page 261. octobre et novembre 1852.

(2) *Même recueil*, décembre 1852, page 441.

Ami et collaborateur de M. Mathijssen, M. le docteur Van de Loo comprit bientôt les avantages du mode de déligation proposé par son collègue, et s'associa de toutes ses forces au perfectionnement et à la propagation d'un moyen dont l'utilité ne lui semblait plus contestable.

Toutefois, avant d'acquiescer cette confiance, M. le docteur Van de Loo lui-même ne put se défendre d'un mouvement d'incrédulité, et voici comment, dans sa communication du 6 septembre 1853, il s'exprime au sujet de sa conversion, et comment il rend compte des motifs qui le portèrent à s'occuper d'une manière aussi active de la découverte de son ami : « Il y a un an environ, dit-il, M. Mathijssen me communiqua une petite brochure sur un nouvel appareil à fractures, et comme je vis qu'il s'agissait de plâtre, je crus que ce ne serait qu'une imitation de celui de Dieffenbach, et c'est à peine si je consentis à en prendre lecture. Quelque temps après, l'auteur étant lui-même venu en garnison à Venlo, appliqua ce bandage devant moi, et me mit au courant des recherches auxquelles il s'était déjà livré. De suite je reconnus qu'il n'existait aucun rapport entre cet appareil et celui de Dieffenbach, et cette application me fit une telle impression, qu'instantanément j'aperçus les immenses services qu'il devait rendre à l'art chirurgical. Alors, M. Mathijssen et moi, de plus en plus convaincus que le bandage plâtré pouvait surpasser tous les appareils en usage, nous fîmes de nouveaux efforts pour tâcher de lui donner assez de perfection pour pouvoir le soumettre à l'appréciation des praticiens.

« Mais dans l'intervalle, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait publié dans le cahier de février 1853 de son Journal, un Rapport de M. le docteur Joly, dont les conclusions tendaient à faire croire que le bandage plâtré ne saurait constituer une amélioration ou un perfectionnement ; et comme ce document ne s'appuyait que sur une série d'erreurs, mon parti fut bientôt pris, et je résolus incontinent d'entreprendre un voyage en Belgique et en France, pour faire moi-même la démonstration de notre mode de déligation.

« Le 7 avril je me mis en route avec deux caisses de modèles ; le 9 j'appliquais l'appareil plâtré, à l'hôpital de Bavière à Liège, en présence de M. Ansiaux et des élèves qui suivent sa clinique ; et le 11, j'adressai à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles une réfutation du Rapport de M. Joly.

« Le 13, MM. Seutin et Joly, ainsi que leurs élèves, constataient par eux-mêmes à l'hôpital Saint-Pierre que l'on s'était trompé dans l'appréciation que l'on avait publiée, et qu'en réalité le bandage plâtré possédait des qualités dont il était impossible de méconnaître l'importance.

« Le 14, j'avais l'honneur d'être accueilli à l'hôpital Saint-Jean, où M. le professeur Uytterhoeven appréciait publiquement les avantages de nos appareils.

« Le 15, j'adressais à l'Académie royale de médecine de Belgique douze modèles de bandages plâtrés, et une note manuscrite, destinée à faire connaître les modifications les plus importantes que nous avons apportées dans leur confection.

« Parti pour Paris le 19, j'étais déjà reçu le 20 à la clinique de l'École de médecine, où je faisais ma première démonstration devant M. Nélaton et ses élèves.

« Le 21, c'était à l'Hôtel-Dieu, devant M. le professeur Roux ; le 22, à l'hôpital Saint-Louis devant les élèves de M. Malgaigne ; le 23, à la Charité, devant M. Velpeau ; le 25, à l'hôpital du Val-de-Grâce, devant M. le baron Larrey ; le 26, à la Charité, devant M. Gerdy ; le 27, à la Pitié, devant M. Michon ; et enfin le 28, encore au Val-de-Grâce, où se trouvait précisément un blessé atteint d'une fracture des deux os de la jambe. »

Pendant son séjour à Paris, M. le docteur Van de Loo avait adressé à l'Académie impériale de médecine, une caisse contenant plusieurs modèles de bandages en plâtre, mais l'idée ne lui vint pas de solliciter la faveur d'être admis à faire lui-même la démonstration de ses procédés devant la savante Compagnie, de sorte qu'il laissa échapper cette occasion précieuse de faire bien connaître ses appareils par l'élite des praticiens de la capitale.

M. le docteur Van de Loo fut plus heureux chez nous, car à son retour de Paris, il put appliquer le bandage plâtré dans notre séance du 30 avril dernier, et nous donner ensuite des explications verbales pour nous permettre d'expérimenter en toute sécurité.

Différentes objections ayant été adressées à M. le docteur Van de Loo, à propos de la généralisation des appareils plâtrés, ce médecin s'empressa de les résoudre, dès les premiers jours qui suivirent sa rentrée à Venlo, et le 25 mai, nous recevions une deuxième caisse contenant des modèles de spica de l'aîne et de l'épaule, preuve matérielle de la possibilité d'établir ces appareils si utiles.

Enfin, dans une conférence que j'eus à Liège avec M. le docteur Van de Loo, je lui témoignai quelques doutes sur la possibilité d'arriver à rendre toujours et partout les bandages plâtrés *facilement amovo-inamovibles*. Ce doute était fondé surtout sur l'insuffisance du moyen indiqué pour ouvrir le bandage, ou pour y ménager des valves sans le détériorer. Pour réponse à cette objection, M. le docteur Van de Loo m'adressa le 6 septembre dernier une troisième caisse contenant une série d'appareils plâtrés conformes aux indications de la méthode de M. Seutin, et construits d'après les derniers perfectionnements adoptés par les deux honorables propagateurs du nouveau mode de déligation.

Vous le voyez, Messieurs, nous sommes ici en présence de convictions profondes, en présence surtout d'un zèle qu'aucun obstacle n'arrête, qu'aucune difficulté ne peut abattre. Est-il donc étonnant que le bandage plâtré, quoique né d'hier, ait déjà fait tant de chemin, soit déjà employé dans tant de grands établissements sanitaires ?

Les qualités spéciales de ce mode de déligation peuvent sans doute revendiquer une bonne part dans la détermination de ce résultat, mais là ne se trouvent point toutes les conditions du succès que nous constatons.

Si les découvertes nouvelles éprouvent, en général, tant de difficultés à se faire accepter par les praticiens, cela ne provient pas toujours de ce que les inventeurs négligent de les propager et de les faire apprécier convenablement, ou bien de ce que ces inventions elles-mêmes sont dénuées de valeur : cela résulte, au contraire, de la résistance que l'esprit humain oppose à toute idée nouvelle qui tend à changer ses habitudes, sa routine bonne ou mauvaise. Pour que nous consentions à accepter une nouveauté, il faut qu'une progression logique nous y amène et nous fasse saisir sans effort les améliorations que l'on nous propose. Or, c'est ce qui est arrivé pour le bandage plâtré.

Les travaux de M. Seutin, et les innombrables publications qui ont été faites depuis dix-huit ans sur le traitement des fractures, ont fait désirer que l'on découvrit un appareil qui se plîât à toutes les exigences de la méthode amovo-inamovible, et qui fût en même temps solidifiable au moment de son application. C'était, comme on l'a vu, le vœu de M. Seutin ; c'était le complément nécessaire de sa méthode ; par conséquent, tout ce que M. Seutin a fait pour propager celle-ci, a servi à frayer la voie

au bandage plâtré, qui se présente aujourd'hui comme l'auxiliaire le plus utile, ou plutôt comme le complément de la méthode qui a illustré le nom de notre compatriote.

Différents appareils sont proposés par MM. Mathijssen et Van de Loo ; nous devons les faire connaître, et exposer rapidement les procédés employés pour leur application.

Nous rapporterons ensuite quelques faits cliniques relatifs à l'emploi chirurgical de ce mode de déligation.

Enfin nous terminerons par l'examen raisonné des effets que la pratique peut en attendre.

APPAREILS PLÂTRÉS.

Le bandage plâtré peut être appliqué sous quatre modes principaux, qui sont :

- 1^o L'appareil à bandes roulées ;
- 2^o L'appareil à bandelettes ou de Scultet ;
- 3^o L'appareil bivalve ;
- 4^o L'appareil à cataplasme.

Appareil à bandes roulées.

« On étend sur une table, dit M. Van de Loo, un morceau de coton, exempt d'amidon, de toile à demi usée ou de flanelle, de la longueur d'un mètre et demi, sur un demi-mètre de largeur ; sur ce morceau d'étoffe, on répand au moins un demi-kilogramme de plâtre bien sec en poudre, dont on fait entrer autant que possible en frottant à pleine main ; puis après avoir écarté le superflu, on retourne le morceau, et on agit de la même manière de ce côté. Les deux côtés de l'étoffe étant bien imprégnés de plâtre, on la coupe, étant encore sur la table, en bandes de quatre à cinq centimètres de largeur, ce qui se fait nettement, en y faisant auparavant à distances égales une rainure au moyen d'une corde mince que l'on tend sur l'étoffe, et qu'on laisse, en l'élevant un peu vers le milieu, frapper dessus ; puis on les roule sur la table en les serrant beaucoup moins que des bandes ordinaires.

« Ces bandes roulées se conservent très-bien, pourvu qu'on les place dans une boîte fermée.

« Pour en faire usage on prend, s'il s'agit d'une fracture de la jambe, le membre étant auparavant entouré d'une bande ordinaire ou d'ouate, une de ces bandes au plâtre roulées, que l'on mouille bien avec de l'eau, à l'aide d'une éponge (on fait entrer l'eau par les deux côtés de la bande), et on l'applique comme une bande ordinaire, avec cette différence que les tours doivent se couvrir pour les trois quarts ou les quatre cinquièmes ; de la même manière, on mouille et on applique une seconde, une troisième bande, et ainsi de suite, en ayant soin de placer le chef de la suivante au-dessous de celle que l'on a précédemment appliquée. De cette manière, l'appareil se laisse mieux dérouler.

« Si l'on ne veut pas faire de renversés, on coupe la bande chaque fois qu'un changement de direction devient indispensable.

« Pour donner au bandage l'égalité et l'élégance désirables, il suffit de passer légèrement sur sa surface, une éponge peu mouillée, chaque fois que l'on a appliqué deux ou trois bandes roulées.

« Pour le fenêtrer *d'emblée*, on s'y prend de la manière suivante : arrivé près d'une plaie, par exemple, on coupe la bande, pour recommencer de l'autre côté, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait dépassé la plaie.

« Veut-on rendre le bandage *amovible*, on le coupe au moyen des ciseaux Seutin, et l'on obtient des *valves mobiles* en se conformant aux indications spéciales qui seront posées plus loin.

« Veut-on l'enlever, il est bon de le mouiller un peu, pour empêcher le dégagement de la poussière de plâtre. »

Appareil à bandelettes ou de Scultet.

Deux modes de confection, d'une valeur bien différente, ont été proposés pour l'établissement de ce bandage.

« Pour le premier, on arrange en bandage de Scultet, vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées sur un coussin garni d'une alêze ; elles doivent se couvrir dans les trois quarts de leur largeur. Sur celle-ci, on met une couche de bandelettes ordinaires, et sur cet appareil ainsi préparé on place le membre fracturé.

« Après avoir appliqué les bandelettes ordinaires, on mouille, à l'aide d'une éponge, une ou deux bandelettes plâtrées que l'on

applique immédiatement, et l'on continue jusqu'à ce que toutes les bandelettes plâtrées soient appliquées.

« Pour fenêtrer ce bandage, ou pour le rendre *amovible*, on s'y prend comme pour l'appareil à bandes roulées. »

Pour confectionner le deuxième bandage de Scultet, voici comment on procède :

« Sur un coussin garni d'une alèze, on place d'abord une *bandelette plâtrée*, sur laquelle on étend une bandelette *non plâtrée* de même largeur, mais plus longue de deux travers de doigts, de façon à dépasser la première d'un travers de doigt de chaque côté, et avec la précaution de lui faire également dépasser la bandelette plâtrée dans le sens de sa *largeur* d'un autre travers de doigt. La bandelette  *plâtrée*, qui a les mêmes dimen-

sions en ce sens que la *non plâtrée*, offrira donc un liséré plâtré pour s'agglutiner avec les autres pièces de l'appareil. Ces deux premières bandelettes étant ainsi disposées, on étend une bandelette *plâtrée* sur la *non plâtrée*, en allongeant l'appareil d'un travers de doigt à chaque addition ; sur cette nouvelle bandelette, une autre *non plâtrée*, et ainsi successivement jusqu'à ce que tout le bandage soit disposé.

« Alors, on place le membre sur cet appareil, on le mouille avec une éponge dont on exprime l'eau, et on applique *premièrement une bandelette non plâtrée, et une plâtrée, du même côté*, et aussitôt on ajuste de la même façon les chefs opposés. On continue ainsi, jusqu'à ce que tout l'appareil soit établi.

« De cette manière, il y a toujours une bandelette *non plâtrée* entre deux bandelettes *plâtrées*, et *vice versa*. »

Appareil bivalve.

MM. Mathijssen et Van de Loo construisent ce bandage de deux façons différentes :

« 1^o On coupe six bandelettes plâtrées, d'une largeur de six à sept centimètres, et suffisamment longues pour qu'elles puissent s'étendre depuis la partie supérieure de l'appareil que l'on se propose d'appliquer, jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de la plante du pied, en supposant toujours que l'on opère sur le membre inférieur.

« Puis on arrange à bandelettes séparées, sur un coussin revêtu d'une alèze, vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées aussi

de la largeur de six à sept centimètres, dont les plus longues doivent être de vingt-six, et les plus courtes de seize centimètres environ, pour une jambe d'homme. Sur ces bandelettes plâtrées, on met des bandelettes ordinaires (non plâtrées), ensuite on place la jambe fracturée sur l'appareil ; on applique les bandelettes ordinaires ; puis on prend une des six bandelettes longues dont il a été parlé d'abord, on la mouille bien, et on l'applique sur le côté externe du membre, depuis la partie supérieure de l'appareil jusqu'au-dessous de la plante du pied ; on en place une de la même manière du côté interne, en laissant entre celle-ci et la précédente, un intervalle d'un ou deux travers de doigts ; ceci fait, on mouille et on applique les 25 à 30 bandelettes plâtrées qui sont rangées sur l'alèze ; on finit le bandage en mouillant et en appliquant successivement les quatre dernières bandelettes longues au plâtre, savoir : deux du côté externe, et deux du côté interne, ayant soin de couvrir les deux premières. »

Il est entendu que dans le cas où les bandelettes plâtrées qui composent l'appareil de Scultet, présenteraient plus de longueur qu'il n'en faut pour s'appliquer sur la marge des valves, on devrait les couper à mesure de leur application, afin qu'elles ne pussent empiéter sur l'espace resté libre entre les deux moitiés du bandage.

« Pour rendre cet appareil inamovible, on comble l'espace resté libre entre les deux valves avec un peu d'ouate, et on applique trois ou quatre bandelettes plâtrées *en travers*, ou bien une ou deux bandes de largeur convenable suivant la longueur de cet intervalle, en le masquant complètement. Pour rétablir l'amovibilité du bandage, il suffit d'enlever ces bandelettes.

« Si l'appareil doit envelopper tout le membre inférieur, il faut de plus une vingtaine de bandelettes, dont les plus longues auront quarante-deux, et les plus courtes vingt-six centimètres, ainsi que six bandelettes longues, s'étendant depuis le genou, jusqu'à la partie supérieure de l'appareil. »

2^o Un autre bandage *bivalve* est préparé à l'aide du plâtre. Voici en quoi il consiste :

« On dispose deux couches de bandelettes de Scultet *non plâtrées* et superposées. On place sur celles-ci un morceau de vieille couverture de laine ou de flanelle, coupé suivant la longueur de la jambe, de manière à embrasser la moitié ou les deux tiers postérieurs de la circonférence du membre. Cette

pièce a été préalablement imprégnée de plâtre sur ses deux faces, et sur celle qui doit être en rapport avec la jambe, on a disposé une couche d'ouate fine. L'appareil étant ainsi préparé, on y dépose le membre *après* avoir mouillé convenablement les pièces plâtrées, et l'on applique le tout au moyen de la rangée superficielle de bandelettes séparées.

« Ce premier bandage complété, on applique sur la partie antérieure de la jambe une nouvelle couche d'ouate, ou une compresse sans pliures, et par-dessus une autre pièce de couverture ou de flanelle, également imprégnée de plâtre sur ses deux faces et convenablement mouillée, qui vient recouvrir la partie antérieure de la jambe, et empiète de deux travers de doigts de chaque côté sur la coque postérieure. Le tout est ensuite assujéti au moyen de la rangée de bandelettes qui est restée sans emploi.

« Veut-on maintenant inspecter la partie antérieure de la jambe, on n'a qu'à détacher les bandelettes, et l'on peut enlever la pièce de laine plâtrée qui protège cette région pour la réappliquer ensuite, quand on a inspecté le membre et pratiqué les pansements réclamés par l'état des parties. »

Appareil cataplasme.

« D'une vieille couverture de laine, on coupe un modèle suivant la longueur et la circonférence du membre.

« On y fait entrer d'un côté seulement, et en frottant à pleine main, autant de poudre de plâtre que l'étoffe peut en recevoir, puis on écarte le surplus, sans cependant chercher à entraîner tout ce qui n'a pas pénétré dans la trame du tissu. On mouille ensuite de manière que le plâtre soit bien pénétré d'eau, et aussitôt on étend sur l'appareil une couche d'ouate suffisante pour protéger le membre.

« Le bandage ainsi préparé est placé sur un coussin garni d'une couche de bandelettes de Scultet, et aussitôt on y dépose le membre fracturé, qui est bientôt entouré d'un moule exact soutenu au moyen de la série de bandelettes qui s'appliquent comme dans le bandage ordinaire.

« Au lieu d'une pièce de couverture de laine, on peut employer deux modèles semblables en flanelle poreuse, offrant des dimensions égales à la longueur et à la circonférence du membre. Ces deux pièces doivent être bien imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, et mouillées séparément, afin que tout le plâtre soit

convenablement humecté. On les réunit ensuite, en faisant adhérer les deux surfaces plâtrées, et l'on étend l'appareil ainsi disposé sur un coussin. Alors, on y place le membre fracturé, et aussitôt on forme le moule du membre en appliquant successivement les deux doubles de flanelle, de façon que leurs bords se croisent et se recouvrent alternativement, en empiétant l'un sur l'autre d'un travers de doigt environ. De cette manière, on n'a besoin ni de bandelettes ordinaires pour couvrir d'abord le membre, ni d'ouaté pour matelasser l'appareil, ni enfin de bandes pour assujétir la coque plâtrée. Si dans certains cas, on voulait obtenir un appareil plus solide et plus résistant, il suffirait d'ajouter au bandage une pièce intercalaire, fortement imprégnée de plâtre sur ses deux faces, et convenablement mouillée avant l'application. Alors, on obtiendrait un moule qui défierait tout choc extérieur, ou tout déplacement intérieur. »

APPAREILS SPÉCIAUX.

Indépendamment des appareils *généraux* que l'on peut construire d'après les différents modes qui viennent d'être décrits, il en est de *spéciaux*, dont l'importance est telle, que la découverte de MM. Mathijssen et Van de Loo aurait perdu beaucoup de sa valeur, si elle n'avait pu se prêter au traitement des affections diverses que M. Seutin a rattachées à sa méthode, et pour lesquelles il emploie les bandages amidonnés.

Ce sont particulièrement les spicas de l'aîne et de l'épaule.

Spica de l'aîne.

« On arrange sur un matelas dur et bien uni, préalablement garni d'une alèze, vingt-quatre à trente bandelettes plâtrées de six à sept centimètres de largeur.

« Les huit à dix premières bandelettes doivent envelopper le bassin : elles forment le haut du bandage, et sont en partie roulées du côté opposé à la maladie. (a, a.)

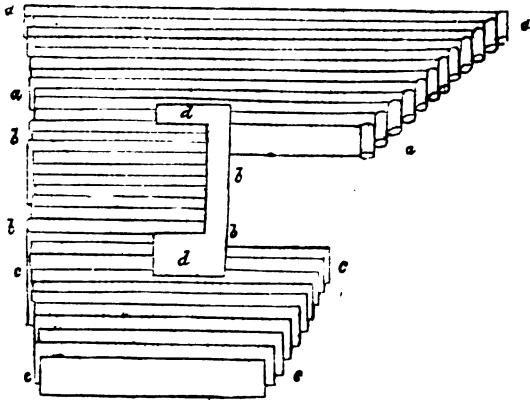
« Les huit à dix suivantes sont destinées à protéger l'article coxo-fémoral, et doivent couvrir tout l'espace compris entre la rainure fessière et le pubis. (b, b.)

« Les huit à dix dernières envelopperont la partie supérieure de la cuisse. (c, c.)

« Pour soutenir toutes les bandelettes qui correspondent à

la fesse, et les empêcher de se disjoindre, il suffit d'étendre perpendiculairement sous leurs chefs libres, une ou deux bandes plâtrées, plus larges que celles qui entrent dans la composition du reste de l'appareil, et sur lesquelles ces chefs viennent se fixer. (d, d.)

« Toutes les bandelettes doivent se recouvrir dans la proportion des trois quarts ou des quatre cinquièmes de leur largeur.



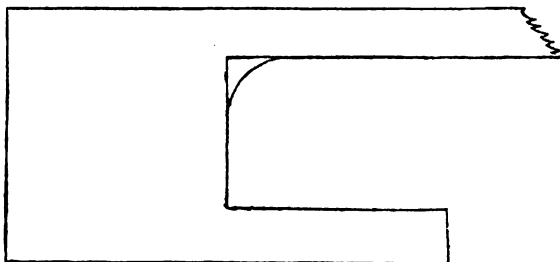
« Sur l'appareil ainsi disposé, on étend des bandelettes non plâtrées, ou une simple compresse de linge vieux, et aussitôt on place le malade, en évitant de déranger les pièces du pansement.

« On applique d'abord les bandelettes simples ou la compresse, puis on mouille largement les bandelettes plâtrées que l'on ajuste rapidement, et l'on n'a point à s'occuper de la partie de l'appareil sur laquelle le patient repose, car l'eau l'a bientôt pénétrée en quantité suffisante pour souder le tout et constituer immédiatement un moule inflexible.

« On peut encore appliquer cet appareil de la manière suivante :

« On prend deux pièces de flanelle, coupées suivant la forme des parties à protéger, c'est-à-dire, assez longues pour embrasser le bassin, l'articulation coxo-fémorale, et le haut de la cuisse.

Ceinture pelvienne.



Ces deux pièces doivent être largement imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, de façon à pouvoir être collées l'une sur l'autre. Après les avoir bien mouillées et les avoir réunies, on les étend sur un matelas garni d'une alèze, et aussitôt on y place le malade. L'application de l'appareil a lieu instantanément, car il suffit d'établir et de fixer la ceinture pelvienne en croisant et recouvrant successivement les quatre doubles de flanelle ; puis on termine par le bandage crural qui est assujéti de la même manière.

« Ici encore , pour obtenir plus de solidité, il suffit d'ajouter à l'appareil une pièce intercalaire plâtrée des deux côtés, et par cela seul le bandage acquiert une puissance remarquable. »

Spica de l'épaule.

« Après avoir appliqué le spica de l'épaule, ordinaire, on applique une bande ou quelques bandelettes plâtrées autour des bras, jusqu'à l'aisselle, puis on donne au membre supérieur la position qu'il doit garder par rapport au tronc. On continue ensuite le bandage, en passant au-dessous de l'aisselle opposée, pour revenir sur l'épaule malade, mais on s'arrête au-devant de l'aisselle sans faire passer les bandes plâtrées sous cette région. De cette façon , au lieu de faire un ∞ de chiffre *fermé*, on le laisse ouvert en un point ∞ qui correspond à l'aisselle. On superpose ainsi plusieurs couches de bandelettes plâtrées qui se recouvrent et s'imbriquent jusqu'à ce que l'on ait construit un moule convenable. »

*Comment on s'y prend pour rendre les bandages plâtrés
amovo-inamovibles.*

L'amovo-inamovibilité étant l'un des avantages les plus précieux de la méthode de M. Seutin, il était indispensable que tous les appareils plâtrés pussent se prêter à cette condition, et c'est à quoi MM. Mathijssen et Van de Loo sont parvenus par deux moyens dont l'un se recommande surtout par une simplicité merveilleuse.

La section des appareils à l'aide des ciseaux Seutin suffit sans doute dans la généralité des cas, pour permettre de visiter le membre quand on n'est pas obligé de mettre à nu toute la surface du membre : mais quand le bandage doit être ouvert chaque jour, et principalement quand l'écartement des valves doit être complet, il est nécessaire qu'une sorte de *charnière* réponde à la section opérée par les ciseaux, afin de ne point diminuer la solidité de l'appareil par des efforts qui feraient éclater le plâtre et altéreraient la forme primitive du moule.

Pour obvier à ce double inconvénient, voici comment MM. Mathijssen et Van de Loo se comportent avec les appareils plâtrés construits au moyen de bandes ou de bandelettes.

« Supposant que la section du bandage doive être pratiquée au côté externe de la jambe, par exemple, en avant ou en arrière du péroné, la *charnière* devra par conséquent se trouver au côté interne, et s'étendre sur toute la hauteur du bandage. Tout étant disposé, et la jambe posée sur l'appareil, on commence par appliquer la couche de bandelettes simples comme cela se pratique ordinairement. On ajuste ensuite les trois premières bandelettes plâtrées qui embrassent toute la circonférence du bas de la jambe. Pour les trois bandelettes suivantes, on se comporte différemment, afin d'obtenir d'emblée une charnière, c'est-à-dire une ligne qui serve de pivot aux valves et permette ainsi de les ouvrir sans jamais compromettre la forme de la coque plâtrée. Au moment où on les applique, on a la précaution de les couper à leur passage sur cette charnière. Un intervalle d'un millimètre est laissé entre les *deux chefs* produits par cette section, et l'on continue l'application de ces bandelettes sur le reste de la circonférence du membre. Les deux bandelettes qui viennent ensuite sont placées *entières*, c'est-à-dire sans être coupées, de sorte qu'elles feront plus tard l'office de *pentures*. En-

fin l'on continue ainsi l'application alternée, de *trois* bandelettes *coupées*, et de *deux* bandelettes *entières*, de façon qu'après la section, on obtient un appareil à charnière parfaitement amovible, s'appliquant exactement à tout le membre, et n'étant point exposé à se déformer par suite des différents pansements ou des visites que réclame l'état du membre. »

Ce mode d'application des appareils plâtrés donne de bons résultats sans doute ; mais il est assez compliqué, et réclame une dextérité que l'on ne trouvera point chez la généralité des praticiens.

Le procédé suivant est au contraire d'une admirable simplicité, et se trouve à la portée de tous.

« Pour rendre les bandages plâtrés parfaitement *amovibles*, dit M. Van de Loo, il suffit de tracer une rainure dans le plâtre encore mouillé, immédiatement après l'application de chaque appareil, et cela à l'aide du bord d'une spatule, du dos d'un couteau, ou même d'une petite pièce de monnaie. Le sillon ainsi tracé suffit pour constituer une charnière qui permettra les mouvements les plus étendus aux valves que l'on déterminera ultérieurement par la section du bandage. Pour le membre inférieur on peut si l'on veut tracer deux rainures latérales pour obtenir deux valves ; tandis qu'une seule suffira généralement pour le membre supérieur. »

Avantages attribués aux appareils plâtrés, par messieurs Mathijssen et Van de Loo.

Pour donner une idée exacte des appareils plâtrés tels qu'ils sont proposés par MM. Mathijssen et Van de Loo, il a fallu puiser dans la correspondance et dans les communications partielles que ces messieurs ont adressées soit à l'Académie, soit à la Commission, afin d'y trouver la description du procédé et du mode d'application de chaque bandage. Il n'existait point de travail complet émanant de ces honorables praticiens : le rapport a donc dû en tenir lieu, afin qu'un jugement suffisamment motivé pût être porté sur une innovation qui inspire déjà tant d'intérêt à tous les chirurgiens.

Comme cela s'observe chez la plupart des promoteurs d'idées nouvelles, MM. Mathijssen et Van de Loo se montrent enthousiastes de leur découverte, et déclarent les appareils plâtrés supérieurs à tous ceux que l'on a employés jusqu'à ce jour soit dans

les différentes conditions d'amovibilité, soit comme agents d'immovibilité.

Voici en peu de mots quels sont les avantages qu'ils leur attribuent :

1° *Solidification instantanée.* Cette condition longtemps cherchée par l'honorable M. Seutin, est trop précieuse pour qu'on ne comprenne pas immédiatement l'importance qu'elle acquiert dans les cas de fractures accompagnées d'agitation, de délire, ou dans les accidents de ce genre survenant chez des enfants indociles.

Les appareils plâtrés sont complètement solidifiables en quelques minutes, quand ils sont bien établis. Dès lors, tout déplacement devient impossible, et le patient peut se livrer sans crainte au sommeil dont il a si grand besoin, ou peut être contenu plus facilement, s'il est en proie à une excitation momentanée.

La chirurgie militaire trouvera surtout, dans cette condition, des avantages qu'elle demandait en vain à tous les modes de déligation en usage, et la prompte solidification des appareils plâtrés permettra désormais de transporter les blessés au moyen de tout véhicule, même à cheval, sans les exposer aux terribles dangers qui aujourd'hui encore, menacent les soldats évacués d'un champ de bataille.

2° *Simplicité.* Pour tout l'appareil on n'a besoin que d'un tissu de coton ou de laine, et de plâtre. Il ne faut ni carton, ni attelles, ni amidon, ni autre chose. *Quo simplicius*, dit M. Van de Loo, *eo melius* !

3° *Facilité extrême d'application.* Pour bien appliquer le bandage plâtré, il ne faut ni apprentissage ni habitude ; le plus modeste praticien de campagne le confectionnera d'emblée sans avoir à craindre les accidents produits par l'inexpérience des autres modes de déligation. La bandelette plâtrée s'applique sur le membre et s'y moule immédiatement sans qu'il soit besoin de la tirailler en tous sens.

4° *Pour l'application on n'a besoin d'aucun aide intelligent.* Il suffit que le membre soit tenu dans la position assignée par le chirurgien, et seul il confectionne l'appareil.

5° *Aucun bandage n'est aussi rapidement appliqué.*

6° *Suivant les circonstances, on peut employer avec le même avantage l'eau froide ou chaude, et même l'urine.*

7° *Son immovibilité* peut être telle qu'il défiera les chocs

et les coups les plus violents. Pour cela il suffit d'ajouter quelques couches de bandelettes plâtrées.

8° *Son amovibilité* est facultative et complète au besoin. En le construisant d'emblée *bivalve*, il est *amovible* aussitôt après l'application, et l'on évite ainsi la section au moyen des ciseaux.

9° Il remplit immédiatement les conditions de l'*extension* et de la *contre-extension*, sans avoir besoin de recourir à des forces opposées pour maintenir la coaptation dans les cas de fractures obliques, ou pour conserver les rapports normaux de tous les organes d'une région, comme dans les lésions de l'épaule, de la hanche, etc.

10° *Contention exacte et immuable*. Les appareils plâtrés maintiennent les parties dans les rapports établis sans exercer aucune compression nuisible, parce qu'ils restent tels qu'ils ont été appliqués sans subir ni dilatation, ni rétrécissement au moment de la dessiccation. C'est pour cela que jamais un bandage plâtré ne fatigue les patients, et que jamais on ne voit les orteils se tuméfier, comme cela arrive généralement à la suite de l'application des autres appareils.

« Arrêtons-nous sur cette propriété, dit M. Van de Loo, car elle est de la plus haute importance. Je lui attribue autant sinon plus de valeur qu'à la prompte solidification.

« Le bandage plâtré est contentif au plus haut degré de perfectionnement possible, et comme le dit M. Seutin, *compressif circulairement* de la manière la plus douce, la plus uniforme, la plus régulière. C'est ce que je puis démontrer avec autant d'évidence, que je mets d'assurance à défier que l'on réfute mes assertions.

« Pour vous en convaincre, Messieurs, appliquez un appareil quel qu'il soit à la jambe du premier venu, pourvu que le bandage s'étende de l'articulation du pied jusqu'au genou ; et si cet appareil est appliqué de manière à contenir exactement le membre, vous verrez bientôt le pied se gonfler. Appliquez même une simple bande roulée, et la tuméfaction du pied paraîtra encore. Au contraire emprisonnez le membre dans un appareil plâtré, et vous n'observerez pas le moindre gonflement.

« Pourquoi cette différence ?

« Cela vient de ce que les autres appareils, tels que le bandage amidonné exigent l'emploi d'attelles en carton ou en toute autre substance : l'application ne peut donc être aussi régulière,

aussi parfaite. En outre le carton mouillé s'élargit, s'allonge sous la pression de la bande, et se rétrécit d'une manière sensible par la dessiccation. La bande roulée elle-même ne peut non plus s'appliquer aussi régulièrement, parce que, en vertu de son élasticité, de sa souplesse, elle fait trop souvent l'effet d'une corde que l'on applique autour du membre, de sorte qu'en certains endroits elle serre plus que dans d'autres et entrave la circulation.

« Les bandelettes plâtrées au contraire ne s'élargissent ni ne s'étendent en aucune façon après l'application, et la dessiccation ne leur fait subir aucun retrait. Appliquées sur un membre, sans effort ni tension maladroite, elles en dessinent la forme exacte, et constituent immédiatement un moule parfait. Il est donc impossible de produire une compression nuisible, si l'on se borne à la simple application des appareils plâtrés. »

11° Porosité du plâtre. Non-seulement la transpiration cutanée peut se dégager à travers les appareils plâtrés, mais quand il existe des plaies, des ulcères, ou quand il survient des eschares gangréneuses, les liquides produits par ces lésions transsudent immédiatement sans nuire à la solidité des appareils, et donnent l'éveil sur l'existence de toute complication.

12° Le plâtre permet, selon les cas, de recourir aux applications de glace, à l'aide de vessies fraîches. Une petite compresse imbibée d'éther et appliquée sur l'appareil, fait baisser sensiblement la température du membre en quelques minutes.

13° Facilité extraordinaire avec laquelle les bandages plâtrés sont supportés dans tous les cas de fracture.

14° Déambulation immédiate par suite de la prompt solidification.

15° Modicité du prix du bandage plâtré.

16° Étant extrêmement facile à appliquer, il peut être renouvelé en quelques minutes, quand la diminution du gonflement produit trop de vide, ou quand sa forme est altérée.

17° Éléance et régularité parfaites. La beauté extérieure d'un appareil n'est pas à dédaigner, sans doute, mais les bandages plâtrés ont cet autre avantage, que s'ils dessinent extérieurement toutes les formes du membre et présentent même le relief des saillies musculaires, ils permettent par cela seul de s'assurer si la coaptation est bien faite, ou se maintient exactement, sans qu'il soit nécessaire d'en venir à une exploration directe des parties lésées.

Tels sont les principaux avantages que MM. Mathijssen et Van de Loo attribuent aux appareils plâtrés. Nous ne nous y arrêterons point en ce moment, parce que nous aurons l'occasion de nous en occuper plus loin, en cherchant à en apprécier la valeur et l'importance.

DEUXIÈME PARTIE.

Clinique.

Après avoir rendu compte des différents modes d'application des bandages plâtrés, et des avantages que MM. Mathijssen et Van de Loo leur attribuent, il était indispensable qu'à ces premiers éléments nous pussions ajouter des faits cliniques bien observés et recueillis à des sources authentiques ; il était nécessaire surtout que nous pussions contrôler les assertions des inventeurs, afin de n'émettre qu'un jugement parfaitement motivé.

Hâtons-nous de dire que les circonstances nous ont admirablement servi, et que les essais tentés par bon nombre de chirurgiens recommandables sont venus confirmer ceux que les membres de la Commission ont cru devoir instituer par eux-mêmes.

Ainsi en Hollande, le *Geneeskundige courant* et le *Repertorium* ont enregistré de nombreuses histoires de fractures traitées par les appareils plâtrés, et suivies d'une consolidation parfaite, sans que l'on ait jamais rencontré la moindre complication résultant du mode de déligation employé.

Le *Repertorium* de 1852 rapporte même l'observation d'une fracture complète de la jambe, survenue chez un cheval de huit ans, et parfaitement consolidée à l'aide du bandage plâtré (1).

A Paris, M. le docteur Van de Loo a fait l'application de son bandage à un vieillard placé dans les salles de la clinique de la faculté de Médecine, en présence de M. le professeur Nelaton et de ses élèves. Cet homme, affecté d'une fracture du péroné, avait d'abord été traité au moyen d'un appareil inamovible qui avait déterminé une ulcération à l'endroit de la fracture, et une eschare à la malléole. Le 20 avril dernier, le membre fut emboîté dans un appareil plâtré, et le 28 juillet suivant, M. Pa-

(1) Les exemplaires de ces journaux sont joints au présent rapport et seront déposés dans les archives de l'Académie.

risot, interne de M. Nelaton, écrivait à M. Van de Loo, que ce vieillard était sorti de l'hôpital parfaitement guéri, sans qu'aucun accident nouveau se soit présenté après l'application du bandage plâtré.

En outre, M. Parisot ajoutait que cet appareil faisait fortune dans le service de M. Nelaton, qu'il était employé pour toutes les fractures, et que l'on s'en était servi même pour le redressement des pieds-bots, et pour d'autres affections dont le traitement exigeait l'immobilisation d'un membre; que chaque fois le succès avait été très-satisfaisant; et qu'enfin l'appareil était fort goûté par tous ceux qui fréquentaient la clinique de M. Nelaton.

A l'hôpital du Val-de-Grâce, M. le baron Larrey voulut bien permettre que M. Van de Loo appliquât le même mode de déligation au traitement d'une fracture du péroné, et d'une autre rupture des deux os de la jambe. Ces deux blessés ont également guéri sans que le moindre phénomène anormal soit venu entraver la cure.

En août 1853, M. Van de Loo eut l'occasion d'appliquer son appareil dans les salles de la clinique chirurgicale de l'Université de Bonn, où se trouvaient plusieurs fractures récentes, et le célèbre professeur Wutzer se fit un devoir de rendre hommage au procédé nouveau, en faisant ressortir les avantages qui lui sont propres. A ce propos, une pensée triste vint tout à coup assombrir les traits du savant chirurgien, qui se rappela que peu de temps auparavant, il avait perdu un blessé, parce qu'aucun appareil n'avait pu maintenir la coaptation. « Quel dommage, disait-il, que je n'aie pas connu plus tôt les appareils plâtrés ! Il y a quelques semaines, nous avions un homme atteint d'une fracture grave des deux os de la jambe; nous l'avions très-bien réduite, mais comme ce malheureux était en proie au délire, et que nous n'avions point d'appareil instantanément solidifiable pour maintenir les fragments dans des rapports invariables, nous fûmes bientôt en présence d'un état nerveux qui aboutit au tétanos. Certes, nous eussions sauvé cet homme si nous avions pu lui appliquer votre bandage. »

A Cologne, le service chirurgical du grand hôpital civil est confié à M. le docteur Visscher, praticien aussi recommandable par une habileté opératoire hors ligne, que par un savoir immense enté sur une noble modestie; philanthrope éclairé, cet honorable chirurgien met son bonheur à soulager l'humanité souffrante :

aussi, dit M. Van de Loo, « nulle part, ni en France ni en Belgique, je n'ai vu d'hôpital où les malades fussent entourés de plus de soins qu'à Cologne. »

Au moment de la visite de M. Van de Loo, on apportait à l'hôpital un homme atteint d'une fracture des deux os de la jambe. M. Visscher s'empessa d'offrir à l'honorable propagateur des appareils plâtrés l'occasion d'expérimenter son mode de déligation, et en quelques minutes la réduction était opérée, le bandage appliqué, et la solidification parfaite. Comme M. le professeur Wutzer, M. Visscher se montra complètement satisfait du résultat, et le témoigna de la manière la plus cordiale.

M. Visscher a fait une étude sérieuse de la méthode amovo-inamovible de M. Seutin; il la connaît à fond, il l'applique parfaitement. Il fait aussi grand usage des appareils amidonnés dans le traitement des tumeurs blanches, des luxations, des entorses, etc. Cependant, si cet habile chirurgien se montre partisan zélé de la *méthode* belge, il a reconnu que le *procédé* présente certains inconvénients résultant de l'emploi de l'amidon et du carton : c'est pourquoi il s'est empressé d'adopter les appareils plâtrés à titre d'agents de l'amovo-inamovibilité.

M. le professeur Ansiaux, de Liège, emploie franchement les appareils plâtrés dans son service chirurgical à l'hôpital de Bavière, et le 17 novembre 1853 il écrivait à M. Van de Loo, qu'il n'avait eu aucun accident à constater, et qu'au contraire il avait obtenu des succès évidents.

L'un de ces faits est surtout remarquable, parce qu'il se rapporte à une fracture oblique du fémur accompagnée de symptômes nerveux des plus graves. L'appareil plâtré fut appliqué, et la contention fut si exacte, que la guérison ne subit ni retard, ni entraves.

M. le professeur Uytterhoeven, de Bruxelles, vient de publier le résultat de ses expériences à l'hôpital Saint-Jean (1), et a fait connaître vingt-six observations de fractures, luxations, entorses, tumeurs blanches, etc.

Voici comment cet honorable chirurgien s'exprime au sujet des appareils plâtrés : « Nous avons toujours regardé comme nuisible à l'art et à l'humanité, l'esprit d'exclusion et de servilisme au profit d'un seul et unique mode de traitement pour des maladies dont les espèces et les variétés sont sans nombre; une telle

(1) *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1854, tome I, page 253.

erreur, si elle parvenait à dominer dans le monde médical, nous rejetterait promptement dans les pratiques grossières et ignares des rebouteurs du moyen âge. C'est assez dire que notre intention n'est nullement de vanter la méthode du docteur Mathijssen comme infaillible et digne d'être seule mise en usage dans le traitement des fractures, quand même et à l'exclusion de toutes les autres. Mais il faut aussi que nous convenions que, de tous les appareils qui se composent de matières solidifiables, il n'en est aucun qui présente les mêmes avantages. C'est surtout à l'armée qu'il serait d'une utilité extrême.

« Rien de plus facile pour le chirurgien que de se munir d'un certain nombre de bandes plâtrées faciles à contenir dans une boîte. L'application est aisée ; on les imbibe d'eau, et on les déroule sur le membre blessé ; au bout de quelques minutes on a obtenu une coque inflexible, qui résiste à l'action des liquides de tous genres et qui permet de transporter le blessé sans secousses nuisibles ni douloureuses.

« Ces qualités sont précieuses et dignes de fixer la sollicitude des hommes de l'art et des amis de l'humanité.

« L'expérience est d'ailleurs facile à faire, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'elle rangera à notre avis tous ceux qui voudront se donner la peine de l'entreprendre. »

M. le docteur De Condé, médecin de régiment au 9^e de ligne, a de son côté fait des essais répétés, et se montre partisan déclaré des appareils plâtrés, surtout pour la chirurgie militaire. Le premier il a employé la bande plâtrée pour soutenir les chairs du moignon après l'amputation de la cuisse, et son pansement a résisté à toute cause d'altération résultant du contact prolongé des liquides provenant de la plaie. Il est donc clair que dans tous les cas de ce genre, le plâtre est préférable à l'amydon : la chose se comprend et n'exige aucune démonstration.

Pour ce qui nous concerne personnellement, nous avons tenu à profiter des occasions les plus favorables, afin de pouvoir apprécier rigoureusement la valeur du mode de déligation proposé par MM. Mathijssen et Van de Loo, comme agent de la méthode amovo-inamovible, et nous nous empressons d'ajouter que les circonstances nous ont admirablement servi.

Depuis le 9 mai jusqu'au 1^{er} décembre 1853, nous avons appliqué dix-sept fois les appareils plâtrés pour des affections diverses. Nous nous bornerons à ces faits qui résument ceux que nous avons observés depuis lors.

Ces dix-sept observations se décomposent comme suit :

- 4 fractures d'avant-bras ;
- 1 fracture de la clavicule ;
- 1 » des deux os de la jambe ;
- 2 fractures du péroné ;
- 4 entorses ;
- 1 entorse du genou ;
- 1 luxation du coude ;
- 1 luxation du poignet ;
- 1 nécrose du péroné avec maladie articulaire ;
- 1 pied-bot.

17.

Nous allons en peu de mots rapporter les circonstances principales de ces différents accidents, ainsi que les phénomènes observés à la suite de l'application des bandages plâtrés.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Fracture des deux os de l'avant-bras droit.* — Le 12 juin 1853, le jeune B....., âgé de neuf ans, rue du Pot d'Or, à Liège, assistant au festival donné sur la Place du Théâtre à l'occasion de la majorité de S. A. R. M^{sr} le duc de Brabant, voulut sauter d'une banquette à l'autre, et tomba sur le poignet. Les deux os de l'avant-bras droit cédèrent, et l'on releva l'enfant avec le membre coudé presque à angle droit. Appelé peu d'instants après l'accident, je réduisis la fracture, et constatai un gonflement déjà considérable, surtout vers le tiers inférieur de la partie. Les douleurs étaient très-vives, et cependant je me hâtai de confectionner un appareil plâtré au moyen de morceaux de vieille toile poreuse. Deux compresses graduées furent d'abord appliquées sur les deux faces du membre ; une faible couche d'ouate combla l'intervalle laissé entre elles ; et aussitôt j'ajoutai une série de bandes et de morceaux plâtrés, de façon à immobiliser les articulations du poignet et du coude, en maintenant exactement la coaptation. J'avais à peine posé la dernière bande, que déjà tout l'appareil était solidifié, et contenait parfaitement la fracture. Ajoutons que les douleurs cessèrent immédiatement, et qu'elles ne se sont plus reproduites. Au bout de trois jours j'incisai le bandage et comblai les vides avec de l'ouate fine. L'enfant retourna à son école, et un mois ne s'était pas écoulé que la consolidation était parfaite.

n° obs. — Le 4 juillet 1853, le jeune T....., âgé de dix ans,

rue de la Casquette, à Liège, se battait avec d'autres bambins, quand pressé par le nombre, il fut renversé sur le pavé, et se fractura les deux os de l'avant-bras gauche. Le membre avait subi une demi-torsion dans le sens de la pronation, de sorte que la réduction offrit quelques difficultés et occasionna surtout d'assez vives douleurs. Nonobstant, j'appliquai immédiatement le bandage plâtré à bandes roulées, et un mois après la guérison était parfaite, sans que l'enfant ait cessé un seul jour de courir et de jouer avec ses camarades.

III^e OBS. — Le 18 juillet 1853, après une journée de travail, M. Louis....., peintre décorateur, faubourg Saint-Gilles, à Liège, se livrait à des exercices gymnastiques, quand il fit une chute de dix à douze pieds et se brisa les deux os de l'avant-bras droit. Une contusion violente accompagna cette lésion, et bientôt des douleurs extrêmement vives se firent sentir. Arrivé une demi-heure environ après l'accident, j'opérai immédiatement la réduction, et appliquai aussitôt l'appareil plâtré que je construisis avec du calicot neuf encore empesé, et du plâtre avarié que ce peintre possédait depuis longtemps. La solidification se fit mal, et le lendemain je trouvai le bandage à peu près démoli. Les douleurs s'étaient reproduites pendant la nuit, et le patient n'avait cru pouvoir mieux faire, que d'enlever presque toutes les pièces du pansement, qui du reste n'avaient contracté qu'une faible adhérence entre elles. J'achevai donc de découvrir le membre, et trouvai la fracture en bon état quant à la coaptation; mais il était survenu du gonflement, et des phlyctènes se dessinaient çà et là sur la surface de l'avant-bras. Malgré cette contre-indication apparente, je confectionnai à l'instant même un nouvel appareil au moyen de bandelettes plâtrées que j'avais en réserve chez moi, et prescrivis le tartre stibié en lavage, pour arrêter le mouvement fluxionnaire. Le 20 juillet, tout orage était conjuré. Quelques jours après je comblai les vides produits dans l'appareil, à l'aide d'un peu d'ouate, et dès ce moment la guérison ne fut interrompue par aucun phénomène particulier.

L'on voit par ce fait, qu'il est extrêmement important de n'employer que des bandes d'un tissu poreux et à mailles larges qui s'imprègnent facilement de plâtre. Malgré la recommandation de MM. Mathijssen et Van de Loo, je me suis servi de calicot ordinaire encore empesé, et l'appareil a manqué de solidité.

D'autre part, le plâtre était moulu depuis longtemps et ava-

rié par l'humidité qu'il avait absorbée ; néanmoins ce plâtre eût suffi pour donner la consistance au bandage si j'avais employé soit de la vieille toile à demi usée , ou du coton lavé à trame peu serrée. Les essais que j'ai faits depuis m'en ont donné la certitude. Le choix du tissu est donc aussi important que celui du plâtre lui-même.

IV^e OBS. — Le 5 août 1853, le jeune Collin, ouvrier tourneur dans les établissements de M. Regnier-Poncelet, à Liège, reçut un coup violent sur l'avant-bras droit, à la suite d'une manœuvre mal exécutée, et reconnut bientôt que les deux os de ce membre étaient fracturés. L'appareil plâtré fut appliqué quelques heures après l'accident, et ne fut point dérangé jusqu'à la guérison. Ce jeune homme ne ressentit ni gêne, ni douleur, et continua à surveiller son tour pendant la durée du traitement.

V^e OBS. — *Fracture de la clavicule.* — Le 31 octobre 1853, le jeune De Bor, âgé de cinq à six ans, rue sur la Fontaine, à Liège, jouait avec d'autres enfants dans la cour du Cirque, quand une porte mal fixée se détacha et vint le frapper sur le moignon de l'épaule droite en déterminant une fracture oblique de la clavicule de ce côté.

Appelé quelques heures après l'accident, je saisis avec empressement l'occasion qui se présentait de juger la puissance de l'appareil plâtré comme agent de contention dans ces cas complexes où plusieurs indications également importantes doivent être simultanément remplies.

Ainsi adoptant les idées récemment émises par M. Chassaignac, je voulus construire un bandage spécial qui répondit aux nécessités du traitement, et je m'empresse d'ajouter que le succès dépassa mes espérances.

On sait que le traitement de la fracture du corps de la clavicule présente trois indications :

1^o Attirer en dehors le fragment externe pour faire cesser le chevauchement ;

2^o Relever ce fragment externe qui est dans une position déclive par rapport à l'autre ;

3^o Le repousser en arrière pour lutter contre la tendance qu'il a à se porter sur un plan antérieur à celui du fragment interne.

Or, il est un fait expérimental constamment vérifié par M. Chassaignac pour toutes les fractures du corps de la clavicule, c'est qu'il est au pouvoir du chirurgien de les réduire tou-

tes par le seul secours d'une manœuvre que voici : si, le malade étant assis sur un tabouret peu élevé, on appuie contre soi le moignon de l'épaule saine comme pour y prendre un point d'appui, et si, passant un bras en avant de la poitrine, l'autre en arrière, on vient avec toute la force qu'on peut tirer de cette attitude, à relever au moyen des mains croisées sur le coude, l'humérus au plus haut degré possible, et avec lui le fragment externe de la clavicule, on parvient constamment à obtenir la réduction parfaite de cette fracture.

Partant de ce fait, M. Chassaignac a déduit la conclusion que, pourvu que l'on obtienne l'élévation de l'épaule au degré voulu, on peut se dispenser de songer à toute autre indication. Pour cet habile chirurgien le traitement de cette lésion se résumerait donc en un seul principe : *Maintenir au plus haut degré possible l'élévation de l'épaule.*

En conséquence, il concentre tout l'effort d'élévation sur le côté sain, au moyen de bandes obliques qui viennent passer sous le coude du côté malade. Mais pour éviter les dangers d'une pression forte et continue sur un point circonscrit, surtout au coude, M. Chassaignac fait comme M. Seutin, c'est-à-dire, qu'il commence par établir sur toute la longueur de l'avant-bras et d'une partie du bras, une coque solide, convenablement matelassée avec de l'ouate, afin de répartir la pression sur une grande surface, sans s'exposer à fatiguer aucun point.

La réduction étant donc opérée, M. Chassaignac prend son point d'appui sur la surface légèrement convexe qui des parties latérales de la nuque s'étend à l'épaule saine, surface qui est assez vaste pour permettre de répartir la pression sur un grand nombre de points. Ensuite une bande dextrinée décrit des circulaires obliques en passant sur l'épaule saine et sous le coude du côté malade. Bien entendu, qu'un coussin a préalablement été placé sur la partie latérale et postérieure du cou qui fournit le point d'appui, tandis qu'un autre coussin moins épais éloigne légèrement l'avant-bras de la paroi thoracique.

Adoptant donc les idées de M. Chassaignac, et voulant en outre les combiner avec la troisième indication du traitement des fractures de la clavicule, indication qui consiste à repousser en arrière le fragment externe, pour lutter contre la tendance qu'il a sans cesse à se porter sur un plan antérieur à celui du fragment interne, je construisis l'appareil plâtré dont voici la description.

L'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras, et placé dans une demi-pronation, je l'entourai d'une couche d'ouate assez fournie, et appliquai immédiatement un bandage plâtré dont les doloires s'étendirent depuis le poignet, jusqu'au tiers supérieur du bras.

Ce premier appareil s'étant solidifié en quelques minutes, je disposai trois coussins ouatés, destinés, l'un à garantir la paroi de l'épigastre du contact de la coque plâtrée de l'avant-bras ; l'autre à tenir le bras écarté du tronc, depuis le creux de l'aisselle jusqu'au coude ; et le troisième à protéger l'espace compris entre la nuque et le moignon de l'épaule du côté sain.

Ces trois coussins ayant été mis en place, je conduisis immédiatement une bande plâtrée de l'épaule saine au coude du côté malade, en passant devant la poitrine ; puis du coude vers l'épaule saine en remontant derrière le dos. Cette bande ayant plusieurs fois parcouru ce trajet, en embrassant chaque fois un espace plus considérable, le coude se trouva complètement soulevé, et le moignon de l'épaule du côté de la fracture suffisamment porté en arrière et en dehors.

Restait à repousser en arrière le fragment externe, et à le maintenir dans cette position, afin de neutraliser d'avance les mouvements musculaires qui tendraient à produire des déplacements ultérieurs.

Pour atteindre ce but, je coupai deux morceaux de flanelle, de grandeur suffisante pour couvrir toute l'épaule malade, la région claviculaire et le côté correspondant du thorax. Ces deux morceaux de flanelle furent échancrés profondément pour s'adapter à la forme des parties, et aussitôt je les imprégnai d'une bonne quantité de plâtre, sur le côté par lequel ils devaient être en contact l'un avec l'autre. Pour obtenir une solidité plus grande encore, et un moule plus exact, je plaçai entre ces deux pièces de flanelle un morceau de vieille toile poreuse également plâtrée, et après avoir convenablement humecté le tout, j'établis un véritable moule scapulo-huméral, que je rattachai et collai au bandage déjà appliqué, et que j'achevai d'assujétir par quelques bandelettes plâtrées.

Un simple morceau de coton, plâtré seulement à ses deux extrémités, servit d'écharpe pour la main, et fut aussitôt collé sur la partie antérieure du bandage.

Enfin, pour achever d'immobiliser le bras du côté malade, je passai sous l'aisselle du côté sain une large bande dont les extré-

mités plâtrées furent collées sur le bandage en avant et en arrière. Dès lors j'eus un appareil d'une admirable solidité, et d'une exactitude parfaite.

L'enfant se mit aussitôt à courir, à gambader, et pendant les quatre semaines que dura le traitement, jamais il ne se plaignit d'éprouver de la gêne, moins encore de la douleur.

A la levée de l'appareil, je trouvai la consolidation si exacte, que j'éprouvai quelque peine à préciser l'endroit de la fracture, bien qu'au moment de l'accident, le fragment externe fit saillie sous la peau.

VI^e OBS. — *Fracture oblique des deux os de la jambe, contusion, ecchymose, application immédiate de l'appareil plâtré, guérison prompte de la fracture, tubercules pulmonaires.* — Le 2 octobre 1853, M. H....., maître menuisier, âgé de quarante ans, rue de la Casquette, à Liège, avait voulu profiter de la matinée du dimanche, pour placer quelques ouvrages dans une fabrique. Il s'agissait de mettre en place quelques grosses pièces de menuiserie, assemblées d'avance. Par malheur, une de ces pièces glissa sur le plan incliné à l'aide duquel on la hissait, et vint frapper la jambe droite du maître, au moment où le pied était arc-bouté dans un enfoncement. M. H..... fut renversé, et les deux os de la jambe droite se trouvèrent fracturés obliquement. Une ecchymose considérable se dessina presque instantanément, et de vives douleurs se firent sentir dans tout le membre.

L'accident était arrivé vers dix heures, j'arrivai une heure après, muni de bandelettes plâtrées que j'avais préparées à l'avance.

Pendant que je disposais l'appareil, survint un honorable confrère qui m'engagea fortement à différer l'application de tout bandage fixe, se basant sur l'imprudence qu'il y aurait à emprisonner un membre fracturé et contusionné dans une coque inflexible qui ne pourrait suivre les progrès du gonflement. Je répondis que telle était cependant mon habitude constante, et que dans le cas actuel je n'avais garde de m'en écarter, parce que l'application immédiate des appareils amovo-inamovibles offrait des avantages que l'on cherchait vainement dans toutes les autres *méthodes*; qu'en conséquence je ne pouvais me rendre aux raisons qu'il faisait valoir, attendu qu'elles se trouvaient réfutées depuis longtemps par des milliers de faits. Là-dessus, ce confrère me quitta, fort peu rassuré, j'imagine, sur les conséquences de ce qu'il dut appeler témérité, si pas plus.....

La réduction ayant été bientôt opérée, je plaçai le membre sur un coussin garni d'un appareil composé de deux couches de bandelettes de Scultet, alternées, c'est-à-dire, moitié plâtrées, et moitié exemptes de tout enduit. En outre, et pour renforcer la partie postérieure du bandage j'avais ajouté entre les deux couches de bandelettes, deux pièces intercalaires fortement plâtrées, et de grandeur suffisante pour couvrir seulement la face postérieure du membre.

L'appareil ayant été bien mouillé, je procédai immédiatement à son application, sans recourir à aucun remplissage ni addition d'ouate. Ensuite, je traçai deux rainures sur les côtés du bandage, à l'aide d'une spatule, et créai ainsi deux charnières dont j'eus lieu d'apprécier l'immense utilité.

En moins de dix minutes, le tout était parfaitement solide, et le patient déclara spontanément qu'il éprouvait un bien-être d'autant plus remarquable que les douleurs étaient plus vives un instant auparavant. Du reste les orteils n'offraient pas le moindre gonflement, et pouvaient se mouvoir librement.

La nuit suivante fut bonne, et comme M. H..... n'éprouvait aucune gêne, aucune douleur, je ne touchai point à l'appareil.

Le troisième jour, j'incisai le bandage, et constatai une diminution sensible du gonflement. Toute la jambe était ecchymosée, et çà et là on rencontrait quelques phlyctènes, mais du reste aucune douleur n'était survenue. Je comblai le vide au moyen d'une couche d'ouate, et refermai l'appareil au moyen de deux bandelettes plâtrées que je collai longitudinalement sur la fente produite par les ciseaux.

Quelques jours après je comblai de nouveau le vide produit dans le bandage par le retrait du gonflement, et dès lors je n'eus plus à me préoccuper de la fracture, jusqu'au moment où je levai l'appareil et constatai une consolidation parfaite.

Malheureusement l'état de la poitrine est loin d'être rassurant, car une toux opiniâtre est survenue, avec matité sous claviculaire, expectoration, etc., etc., de sorte qu'il est à craindre que la fonte tuberculeuse n'amène bientôt des conséquences autrement sérieuses qu'une fracture même compliquée.

VII^e OBS. — Le 20 septembre 1853, le sieur C....., ouvrier chauffeur de la société Saint-Léonard, à Liège, âgé de quarante-six ans, voulait aider des charpentiers à hisser des pièces de bois sur un échafaudage, quand un faux mouvement lui fit perdre l'équilibre, et le précipita d'une hauteur de trente

pieds environ, avec une masse de planches et de différents matériaux. Les résultats de cet accident furent, une entorse compliquée de fracture du péroné, plus une violente contusion de la face avec plaie et enfoncement des os propres du nez.

Une heure après l'accident, je procédai à l'application de l'*appareil à cataplasme plâtré*, qui fut immédiatement solidifié, et produisit le meilleur effet, car les douleurs disparurent pour ne plus se reproduire.

Cinq semaines après la guérison était complète, et chose remarquable, cet homme n'avait pour ainsi dire pas cessé de marcher sur le pied malade, bien que je lui eusse recommandé de ne point le laisser poser sur le sol pendant ses promenades. Du reste j'avais donné à l'appareil une solidité suffisante pour neutraliser l'imprudence habituelle des ouvriers.

VIII^e OBS. — *Fracture du péroné et du calcanéum, contusion violente, application immédiate de l'appareil plâtré, guérison rapide.* — Le 10 octobre 1853, M. Oscar M....., négociant, âgé de trente-six ans, se promenait le long du ruisseau de Chaudfontaine, derrière l'hôtel des Grands-Bains, quand son chien, charmant épagneul tombe à l'eau, et fait pour en sortir des efforts inutiles, puisque la berge présente en cet endroit une élévation perpendiculaire de dix pieds environ.

Sans calculer le danger, M. M..... s'élance au secours de l'animal, et le saisit au moment où il commence à manquer de forces pour lutter.

Le fidèle épagneul était sauvé, mais son maître venait de se faire une entorse avec fracture du péroné, et écrasement du calcanéum !

Deux heures après l'accident, j'arrivais à Chaudfontaine, et constatais une tuméfaction considérable, sous laquelle je pus néanmoins reconnaître la fracture du péroné, et une crépitation manifeste à la partie moyenne du calcanéum.

D'atroces douleurs se faisaient sentir dans le pied, et arrachaient parfois des cris aigus, quand par mégarde on venait à lui imprimer le moindre mouvement.

M. M..... est grand et très-fort ; d'autre part, le ruisseau manque de profondeur et coule sur des galets de toute dimension : tout l'effort du saut s'était donc fait sentir sur le pied et avait produit les lésions.

Sans m'arrêter ni aux topiques froids que l'on avait déjà employés depuis le moment de l'accident, ni même aux applications de

sangsues ; persuadé du reste que l'immobilisation et la contention exacte des parties sont les meilleurs antiphlogistiques en pareille circonstance, j'établis à l'instant un appareil plâtré qui embrassa le pied et la jambe, et se moula intimement sur leurs formes.

La solidification était à peine opérée, que les douleurs avaient déjà perdu beaucoup de leur intensité, mais elles n'avaient pas complètement cessé. Néanmoins, fort d'une longue expérience des bienfaits de la méthode amovo-inamovible, je promis du calme pour la nuit, et recommandai de ne point toucher à l'appareil avant mon retour.

Effectivement, le lendemain, tout orage avait cessé, et M. M..... éprouvait un bien-être dont il était heureux.

Le quatrième jour il s'était fait un grand vide dans le bandage : j'en appliquai un nouveau à *bandelettes alternées*, et dès lors tout marchait à souhait.

Pendant le cours du traitement, M. M..... fit plusieurs voyages, et n'interrompit point ses occupations.

Cinq semaines après l'accident, tout était fini. Seulement il restait une sensibilité assez vive à la tête du cinquième métatarsien, quand la chaussure comprimait cette partie, et parfois l'on sentait le tendon du péronier antérieur fortement contracté. Aujourd'hui ces derniers symptômes pathologiques ont disparu, et la marche reprend sa rectitude normale.

IX^e OBS. — Le 5 septembre 1853, un ouvrier ajusteur des ateliers de M. Regnier-Poncelet fit une chute sur des rails, et se releva avec une entorse des mieux caractérisées. Pendant une heure, on plongea le pied dans l'eau froide, et au bout de ce temps j'appliquai l'appareil à *cataplasme* plâtré. Dès le troisième jour, il put reprendre son travail, et la guérison était parfaite quand j'enlevai le bandage à la fin de la troisième semaine.

X^e ET XI^e OBS. — Le 20 septembre et le 10 novembre 1853, les sieurs Rasquin et Bovy, ouvriers mécaniciens des ateliers de Saint-Léonard, furent atteints d'entorses parfaitement caractérisées. Le bandage plâtré fut immédiatement appliqué, et c'est à peine si ces deux ouvriers durent interrompre leur travail. Au bout de dix-huit et vingt jours, la guérison était complète, et tout bandage devenait inutile.

XII^e OBS. — *Entorse et demi-luxation du pied.* — Le 29 novembre 1853, le sieur Detioux, âgé de vingt-deux ans, tourneur en fer, rue du Champion, à Liège, se tordit le pied en voulant enjamber deux marches à la fois. Un craquement

s'était fait entendre, une tumeur molle s'était instantanément produite autour de la malléole péronéale, et le pied lui-même se trouvait dévié, de façon que son bord externe appuyait seul sur le sol.

Il n'y avait point de fracture du péroné, mais l'astragale était à demi luxé, et les ligaments externes de l'articulation avaient cédé.

La réduction n'offrit aucune difficulté, et aussitôt j'appliquai l'appareil à cataplasme plâtré, que je construisis immédiatement avec de vieux morceaux de couverture de laine.

La douleur avait été très-vive jusque-là, mais à l'instant elle cessa, et la solidification immédiate de l'appareil prévint son retour.

Quinze jours suffirent pour obtenir la guérison, car ce délai était à peine écoulé, que le jeune homme impatient de récupérer la liberté des mouvements, avait enlevé le bandage et repris ses occupations d'atelier.

XII^e OBS. — Le 27 juin 1853, M^{lle} P....., âgée de dix-sept ans, pensionnaire dans l'un de nos grands établissements d'éducation, fit une chute dans laquelle le genou droit supporta latéralement tout le poids du corps, d'où résulta une entorse véritable avec déchirure de quelques ligaments articulaires du côté interne.

Des douleurs aiguës se manifestèrent bientôt, pendant qu'un gonflement considérable envahissait toute l'articulation lésée. Des applications résolutives d'abord, puis une forte apposition de sangsues, suivie de cataplasmes émollients furent opposés à ces premiers symptômes.

Appelé le 2 juillet suivant, j'acquis la certitude qu'il n'existait aucun déplacement soit de la rotule, soit des grandes surfaces articulaires, et que tous les phénomènes étaient concentrés dans les tissus périarticulaires, surtout du côté interne.

J'appliquai donc immédiatement un appareil plâtré s'étendant depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, avec la précaution de matelasser avec *un peu* d'ouate, la portion correspondante au genou.

Je conseillai en outre quelques dérivatifs sur le tube digestif, et recommandai le repos pendant les premiers jours.

Bientôt un vide marqué se fit dans l'appareil, qui fut ouvert, et garni d'une nouvelle couche d'ouate à l'intérieur.

Cependant M^{lle} P..... n'éprouvait plus aucune douleur,

et avait pu reprendre le cours de ses études. Elle commençait même à marcher sans éprouver trop de gêne. Se croyant complètement guérie, elle me pria bientôt de la débarrasser d'un appareil dont elle ne comprenait plus l'utilité, disait-elle. Mais je me gardai d'accéder à ce désir, parce que je connais le danger des affections articulaires du genou, même quand elles se présentent avec les apparences les plus bénignes.....

Ce ne fut donc qu'à la sixième semaine que je consentis à enlever définitivement le bandage, et dès lors, la guérison était complète, sauf un peu de raideur, conséquence forcée de l'immobilisation des surfaces articulaires, et des organes qui les font mouvoir. Du reste, peu de jours suffirent pour rendre aux tissus leur souplesse normale, et pour faire disparaître les moindres traces d'une affection dont on ne saurait contester la gravité.

XIV^e OBS. — Le 14 novembre 1853, M. J..., pensionnaire au Collège des Jésuites, à Liège, âgé de onze ans, se hâtant de descendre un escalier, tomba sur le poignet gauche, et se luxa le coude en arrière. La réduction opérée, j'appliquai aussitôt un appareil plâtré, embrassant l'avant-bras et les deux tiers du bras. La solidification était complète en dix minutes, et comme l'enfant n'éprouvait aucune douleur, et que d'ailleurs il voulait rejoindre ses camarades, je lui permis de reprendre ses études, qu'il n'a point discontinuées jusqu'au vingt-deuxième jour, époque où je levai l'appareil pour ne plus le réappliquer.

XV^e OBS. — Le 17 août 1853, le sieur B..., mécanicien des ateliers de Saint-Léonard fit une chute sur le poignet gauche, pendant qu'il était occupé à soulever un lourd fardeau. A la douleur aiguë qu'il ressentit, et à la difformité de la partie, il s'aperçut qu'il y avait quelque chose de dérangé, et aussitôt il vint me trouver. La réduction de la luxation se fit sans difficulté, et aussitôt j'appliquai un appareil plâtré que je laissai en place pendant trois semaines. Au bout de ce temps, la guérison était parfaite, et cependant B.... n'avait pas interrompu son travail pendant une seule journée.

XVI^e OBS. — *Nécrose du péroné, tumeur blanche commençante.* — Le 9 mai 1853, je fus appelé à l'hôtel de, à Liège, à l'effet de donner des soins à l'enfant de M..., âgé de trois ans et demi pour une affection de l'articulation tibio-tarsienne droite, à laquelle on avait opposé déjà plusieurs traitements prescrits par différents praticiens d'un haut mérite.

L'articulation rouge et tuméfiée permettait encore quelques

mouvements sans éveiller infiniment de douleur, mais on sentait qu'elle était déjà plus sèche que dans l'état normal.

Sur la malléole externe existait une plaie étroite et profonde, dans laquelle le stylet rencontrait un corps dur et sonore à la percussion, sans pouvoir du reste le dépasser pour pénétrer dans l'articulation elle-même.

Quant à la malléole interne, elle était d'un rouge foncé, em-pâtée, et présentait cet aspect particulier qui révèle une suppuration imminente.

L'état général était loin d'être brillant, car une petite fièvre du soir accompagnée d'une diarrhée que n'expliquait aucune condition du régime, annonçait que l'organisme entier commençait à se ressentir des effets d'une lésion dont je ne pus me dissimuler la gravité.

Ce n'était point l'élimination d'un sequestre plus ou moins volumineux qui me préoccupait : la chirurgie possède assez de moyens pour hâter la séparation définitive de ces sortes de corps étrangers, quand eux seuls constituent toute la maladie.

Ce qui m'inspirait de sérieuses inquiétudes, c'était l'affection articulaire qui faisait des progrès incessants depuis une couple de mois, malgré les moyens employés par des praticiens aussi instruits qu'expérimentés ; c'était aussi l'apparition de cette nécrose du péroné, que l'on ne pouvait rattacher à aucune cause appréciable, à aucune violence, à aucune fracture déterminée.

Je savais par expérience, qu'il est de ces tumeurs blanches articulaires, à causes dyscrasiques, qu'aucun secours humain ne peut enrayer, et qui parcourent toutes leurs phases, en se riant, et de la science, et des prétentions irréfléchies de ceux qui s'imaginent que la nature doit toujours se plier à leurs théories.

Cependant, je ne désespérai point, car jusque-là personne n'avait songé à profiter des bienfaits de la méthode de M. Seutin, pour immobiliser l'articulation au moyen d'un appareil amovo-inamovible qui aurait exercé une contention parfaite sur tous les points de la région malade.

C'était une planche de salut : je la saisis avec d'autant plus d'empressement, que c'est à cet ordre de moyens que j'ai recours dans tous les cas de ce genre qui se présentent à mon observation, ce qui n'empêche en aucune façon que j'institue simultanément telle médication locale ou générale que les circonstances réclament.

J'appliquai donc immédiatement un appareil plâtré embras-

sant le pied et la jambe de l'enfant. Je ménageai une ouverture suffisante en face de la plaie malléolaire, et fus réellement enchanté en voyant que le bandage solidifié en quelques minutes, avait exactement conservé la position que j'avais donnée au pied.

Cet avantage sera compris par les praticiens qui savent combien il est difficile d'appliquer un *bandage amidonné* chez des enfants indociles qui se tordent et se débattent pendant toute la durée de l'opération. Les efforts que l'on est obligé de faire pour les contenir, déforment les appareils, et leur ôtent cette pureté de moulage qui est leur attribut le plus précieux. Avec l'appareil plâtré, au contraire, il suffit de maintenir la jambe dans une bonne position pendant deux ou trois minutes, et la solidification est assez avancée pour défier tout effort musculaire d'un enfant.

L'appareil plâtré répondant complètement à mes vues, j'introduisis un morceau d'éponge préparée dans le pertuis malléolaire, et l'assujétis au moyen d'une bande et d'une compresse.

Je prescrivis le sirop d'iode de fer à la dose d'une cuillerée à thé deux fois le jour ; je recommandai que l'alimentation fût riche en principes, mais nullement stimulante par ses condiments ; je conseillai l'usage de la petite bière de saison bien houblonnée, et permis même l'emploi d'un peu de vin de Bordeaux au repas. Bref, j'insistai sur la nécessité de tenir l'enfant au grand air aussi longtemps que le temps le permettrait, et parvins à convaincre les parents, qu'en cette circonstance le traitement devait être surtout hygiénique.

Dès le lendemain, j'injectai dans le pertuis malléolaire, conformément aux indications de M. le docteur Van den Broeck, un mélange de baume opodeldoch liquide (un tiers) et d'huile de lin (deux tiers).

L'éponge préparée fut continuée, et je recommandai de renouveler ce pansement tous les matins.

Au bout d'une dizaine de jours, un mieux sensible s'était déjà produit. L'état général avait beaucoup gagné ; les couleurs étaient plus vives, l'appétit plus prononcé, les digestions plus parfaites, les selles consistantes, enfin, les nuits calmes et sans fièvre.

Un vide considérable s'étant produit dans le bandage, par le retrait du gonflement, je préférai l'enlever et en appliquer un nouveau, plutôt que de recourir à des remplissages d'ouate. En même temps, je constatai la disparition de l'empatement oedé-

mateux de la malléole interne, qui déjà avait perdu cette tuméfaction livide dont je m'étais fort préoccupé.

Le même traitement fut employé avec persévérance pendant plus de quatre mois, et déjà au bout de six semaines le stylet ne donnait plus cette sensation spéciale que produit le choc du métal contre une lame d'os dénudé. Du reste l'enfant marchait sans douleur et sans gêne, paraissant s'inquiéter fort peu de sa boue plâtrée. Je la supprimai donc quand j'eus acquis la certitude que l'articulation ne courait plus aucun danger.

Cependant le pertuis fistuleux continuait à rester ouvert, et donnait chaque jour quelques gouttelettes d'un liquide à peine purulent, mais il s'était spontanément déplacé, et avait remonté de plusieurs lignes sur le trajet du péroné, la demi-circonférence supérieure de la plaie ayant continué à s'amincir et à s'élever, pendant que la demi-circonférence inférieure se cicatrisait solidement.

Aujourd'hui l'enfant jouit d'une santé parfaite, et tout le traitement se borne à des soins hygiéniques.

Nous avons renoncé à toute tentative directe sur l'os malade, parce que l'organisme suffit à tous les frais d'élimination et de restauration, et qu'il n'y a du reste aucun motif de lutter contre la répugnance des parents à voir employer des moyens actifs.

XVII^e OBS. — *Pied-bot en dedans ou varus, subluxation de l'astragale, section du tendon d'Achille et du jambier antérieur, application immédiate d'un appareil plâtré, redressement instantané.* — Melle W....., d'une ville frontière de la Hollande, âgée de quatre ans, forte et parfaitement constituée du reste, est affectée d'un pied-bot *varus* des plus prononcés, avec subluxation de l'astragale. Pendant plus de deux ans, on a essayé de maîtriser le mal à l'aide d'une bottine armée d'une attelle articulée en fer; mais on n'est arrivé à aucun résultat, et la difformité a continué de faire des progrès à mesure que de son côté la masse musculaire de la jambe s'atrophiait notablement.

Le pied touche le sol par son bord externe; l'interne est dirigé en haut; la face plantaire regarde directement en dedans; enfin l'astragale à moitié dégagé de la surface articulaire du tibia fait une saillie prononcée sous les téguments. Avec de telles dispositions on comprend que la marche doit être inégale, sautillante, et surtout très-pénible.

L'opération pouvant seule remédier à cette infirmité, je la

pratiquai le 10 novembre 1853, et divisai le tendon d'Achille, puis le jambier antérieur. A peine s'écoula-t-il une goutte de sang, et aussitôt je m'empressai de boucher les piqûres du ténotome avec un morceau de sparadrap.

N'ayant pas eu le temps de faire confectionner d'avance un appareil mécanique, je saisis l'occasion qui s'offrait à moi d'essayer si le bandage plâtré ne pourrait pas maintenir le pied dans sa rectitude naturelle, et le succès dépassa toutes mes espérances.

Voici comment je procédai :

Pour obtenir une contention parfaite chez une petite fille devenue indocile à la suite de l'opération, il était important d'agir rapidement, et surtout d'éviter le moindre vice de construction dans la confection d'un appareil aussi prompt à se solidifier : pour cela, je procédai en deux temps.

Dans le premier j'établis une coque solide autour de la jambe, depuis le dessus des malléoles jusqu'au genou. Au bout de quelques minutes, la dessiccation était assez avancée, pour offrir un appui convenable au bandage que j'allais établir autour du pied.

Dans le second temps, après avoir protégé les saillies osseuses avec une légère couche d'ouate, je fis maintenir le pied dans une rectitude parfaite, par un aide qui d'une main saisit les orteils, pendant que l'autre soutenait le talon ; puis une autre personne immobilisa la jambe en pressant doucement sur le genou, et en le tenant par conséquent dans l'extension. Alors je pris une bande roulée et plâtrée, large de trois centimètres, et je l'appliquai sur le pied de façon à en ramener le chef de dedans en dehors, sous la plante, puis je le collai sur le côté externe de la jambe, de façon à forcer le pied à se porter en dehors et en haut pour lui restituer sa position normale. D'autres bandellettes furent successivement appliquées de la même manière, et également collées au bord péronien de la jambe, de sorte que j'eus alors un moule parfait, dans lequel le pied était invariablement fixé sans être gêné par aucune pression pénible.

Ajoutons que j'avais eu la précaution de pratiquer avec une spatule, deux rainures sur les côtés du bandage, pour obtenir deux charnières au moment où j'inciserais l'appareil, et l'on comprendra l'importance des services que le chirurgien peut en attendre chaque fois qu'il ne voudra ou ne pourra recourir aux appareils mécaniques.

La nuit suivante fut calme, et dès le lendemain l'enfant re-

prenait son régime ordinaire et ses jeux, sans s'occuper de sa botte plâtrée et sans accuser la moindre douleur.

Le quatrième jour après l'opération, j'incisai le bandage pour visiter le membre, et mis à profit les charnières que j'avais ménagées de chaque côté.

Quelques jours après, je l'enlevais définitivement pour employer la mécanique ingénieuse que M. Rubbers, de Liège, a substituée à la bottine de Stromeyer.

Le bandage plâtré eût certainement suffi pour contenir le pied, si j'avais pu continuer à donner moi-même des soins à ma petite opérée ; mais comme la mère me pressait de la laisser partir, je dus renoncer au plâtre, pour recourir à un appareil plus facile à manier.

Depuis cette opération, j'ai eu encore une fois l'occasion d'employer le bandage plâtré comme moyen d'attente à la suite de l'opération du pied-bot, et le succès a été aussi décisif.

De son côté, M. le professeur Michaux, de Louvain, a eu quatre fois l'occasion d'utiliser le même appareil dans des circonstances identiques, et toujours il a pu s'assurer qu'avec ce moyen de redressement, on peut se passer de toute autre pièce mécanique. La contention est complète, facile, et parfaitement exempte de douleurs, de sorte que le plâtre deviendra nécessairement l'adjuvant de la ténotomie. Or, il y a là un avantage que tous les opérateurs comprendront, puisqu'ils pourront se dispenser désormais de ces pansements quotidiens si longs et si fastidieux.

TROISIÈME PARTIE.

Examen critique.

A peine l'appareil plâtré de MM. Mathijssen et Van de Loo apparut-il sur l'horizon de la science, qu'il compta et des partisans enthousiastes, et des adversaires non moins ardents. La presse périodique s'en empara, les sociétés savantes s'en occupèrent, l'on écrivit, l'on discuta, et pendant ce temps, les cliniciens expérimentèrent.

Nous ne pouvons donc nous dispenser de jeter un coup d'œil sur les travaux qui se sont produits à ce sujet, pas plus qu'il ne nous est permis de délaissier les matériaux que l'on a recueillis, et dont l'ensemble doit nous aider à établir une appréciation sage et raisonnée, qui puisse être acceptée par les praticiens désintéressés dans le débat.

M. le docteur De La Coste, médecin de garnison à Louvain, est le premier qui chez nous se soit prononcé sur la valeur des bandages plâtrés : mais cet auteur s'est borné à donner de simples conseils sur le mode le plus convenable à suivre pour les construire, puis il conclut en disant que « cet appareil, susceptible sans doute d'améliorations et de modifications, est appelé à rendre les plus grands services, surtout à la chirurgie militaire (1). »

Dans la séance du 6 décembre 1852 de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, M. le docteur Joly agissant en son nom, et comme rapporteur d'une Commission dont il avait fait partie avec MM. Crocq et Martin, donna lecture d'un travail sur le bandage plâtré, dont les conclusions furent loin d'être favorables à cet appareil.

En effet, nous trouvons dans ce document et dans la discussion à laquelle il donna lieu, « que le bandage plâtré ne saurait constituer une amélioration ou un perfectionnement au mode de déligation des fractures aujourd'hui généralement employé, parce que l'appareil de M. Seutin est sanctionné par l'expérience de la grande majorité des chirurgiens, ainsi que par les avantages qu'il procure ;

- « Que le plâtre n'est pas un agglutinatif ;
- « Qu'il ne colle pas les pièces d'appareil ;
- « Qu'il se casse dès qu'on le touche ;
- « Qu'il est forcément inamovible ;
- « Qu'on ne peut y former des valves mobiles ;
- « Qu'on ne peut le rendre amovo-inamovible ;
- « Qu'il s'élargit ;
- « Qu'il se déforme quand on veut en opérer la section ;
- « Que l'appareil amidonné est beaucoup supérieur, plus facile à appliquer, plus inamovible, moins coûteux, plus régulier, et surtout plus agréable à la vue. »

La critique était complète, on le voit ; elle portait sur tous les points, mais elle était prématurée.

C'est ce que comprit M. le docteur Dieudonné, et ce qu'il fit ressortir avec une justesse d'appréciation que les faits ne tardèrent pas à confirmer.

De son côté, M. le docteur Van de Loo adressa à la Société

(1) *Archives belges de médecine militaire*, décembre 1852, p. 446.

une réfutation du rapport de M. Joly (1), et fit promptement justice d'une argumentation qui reposait sur une erreur de fait.

Bientôt après, M. le docteur Martin, qui avait été témoin des succès obtenus à l'hôpital Saint-Jean, crut devoir présenter à la même Compagnie un rapport explicatif (2), destiné à faire connaître la cause des insuccès des premiers expérimentateurs, ainsi que les résultats obtenus depuis que l'on suivait les indications posées par M. Van de Loo.

Le choix du tissu avait seul causé le malentendu, mais l'honneur et l'intérêt de la Société étaient engagés dans la question, la vérité devait donc se faire jour.

Hâtons-nous d'ajouter que l'honorable M. Joly s'empressa de confesser son erreur et de déclarer qu'il mettait l'appareil plâtré en usage dans son service où il avait toujours une boîte contenant des bandes plâtrées toutes préparées. Un seul mot l'avait induit en erreur : c'est le mot *lynwaad* qui signifie *toile, linge*, et que M. Mathijssen avait employé dans sa brochure sans autre commentaire. Il s'était donc servi de toile ordinaire ou de calicot du commerce, tandis que M. Van de Loo insiste pour que l'on ne fasse entrer dans la composition de cet ordre d'appareils, que de la toile *claire*, ou du coton écriu, *peu serré*, et complètement dépouillé de tout apprêt.

Enfin le 1^{er} août 1853, une discussion approfondie s'établit sur la valeur du bandage plâtré (3), à la suite d'une nouvelle communication de M. le docteur Joly, et cette fois le plâtre et l'amidon furent seuls aux prises.

Voici du reste quelles étaient les conclusions du travail de M. Joly. « Après avoir rendu avec impartialité au bandage au plâtre, la justice qui lui est due, nous ne pouvons cependant vous dissimuler que notre opinion reste la même en ce qui concerne : 1^o la difficulté de se procurer en tous lieux les éléments qui le composent, *à moins* de les avoir préparés d'avance pour toute éventualité, et alors je crains qu'au bout d'un certain temps il n'ait perdu sa qualité affermissante, parce que le plâtre sera éventé ; 2^o le bandage au plâtre est plus désagréable à appliquer pour le chirurgien, en ce qu'il souille celui-ci et le lieu où on l'applique ; 3^o ses bords deviennent extrêmement durs et tran-

(1) *Journal de Médecine de Bruxelles*. Mai 1853, page 452.

(2) *Ibidem*. Août 1853, page 177.

(3) *Ibidem*. Septembre 1853, page 285.

chants pour les plis des membres, et il importe, quoi qu'en dise l'auteur, d'employer l'ouate ou des coussins, si l'on veut préserver les saillies osseuses et les plis des membres des excoriations souvent profondes, et toujours très-douloureuses.

« Moyennant ces modifications et toutes autres que l'expérience pourra démontrer, nous reconnaissons volontiers que le bandage au plâtre est une innovation heureuse, utile, et un perfectionnement chirurgical. »

L'honorable baron Seutin qui assistait cette fois à la séance de la Société des sciences médicales et naturelles s'empressa de signaler une omission dans la communication de M. Joly : « C'est, dit-il, qu'il est impossible d'ouvrir le bandage au plâtre comme on ouvre le bandage amidonné. On peut sans doute, ajouta-t-il, écarter les bords de la coque, mais c'est seulement à la force du poignet, l'appareil formant un tout inflexible. »

« On ne peut pas y former de valves, dit M. Crocq ; M. Mathijssen a donc eu tort d'appeler bivalve l'appareil ouvert par devant ; cet appareil n'a pas de valves, mais seulement des bords limitant un écartement, une fente.

« Je ferai observer aussi, ajoute M. Crocq, qu'on ne peut se passer de garnir les saillies avec des corps mous, pour éviter les excoriations et les eschares, bien que MM. Mathijssen et Van de Loo prétendent qu'on peut omettre cette précaution. Dans deux cas, j'ai obtenu des phlyctènes, des excoriations et de la douleur pour avoir négligé cette précaution. En effet, à quoi sont dus ces accidents ? À la pression exercée sur certains points et au frottement d'une surface dure contre ces points. Or, que la surface dure soit amidonnée ou plâtrée, cela ne changera rien à ses rapports avec la peau. Si MM. Mathijssen et Van de Loo disent le contraire, je dois l'attribuer, ou bien à ce qu'ils n'ont jamais laissé assez longtemps leur bandage appliqué, ou bien à ce qu'ils l'ont mis chez des individus dont la peau était déjà habituée au contact des appareils. »

Enfin M. Seutin articula ce dernier grief dont la formule a surpris et surprendra plus d'un chirurgien initié aux secrets de la méthode amovo-inamovible :

« Le bandage plâtré, par sa dessiccation rapide, dit l'honorable président honoraire de la Société Bruxelloise, ne permet d'exercer ni extension, ni contre-extension, et par là, il doit favoriser la production des raccourcissements. Si le bandage amidonné se desséchait à la minute, je n'en voudrais pas dans les fractures

avec déplacement opiniâtre ; car il faut en général tirer dix, quinze et vingt heures sur le membre pour faire cesser l'action musculaire, pour l'anéantir.

« Ainsi dans les fractures du fémur, les muscles antérieurs de la cuisse, le psoas, iliaque, droit antérieur, triceps sont fortement contractés ; et ce ne sont pas les quelques tractions exercées avant l'application de l'appareil qui feront cesser cette contraction ; il faut des tractions continuées pendant des heures. On applique *sur les muscles* nommés précédemment, un sac de sable de 15 à 20 kilogrammes, et on le laisse en place pendant des heures. Voici un exemple qui prouve combien ce précepte est essentiel.

« A l'hôpital Saint-Pierre, un élève interne qui avait assisté M. Van de Loo dans ses applications d'appareils à l'hôpital Saint-Jean, fut chargé d'appliquer le bandage plâtré. *Il* le mit pour une fracture de l'humérus ; il y eut raccourcissement et cal difforme. Avec le bandage amidonné, nous aurions suspendu au coude des poids de 12 à 18 livres et leur action aurait été surmontée. Les muscles se regimbent contre l'appareil, ils font effort contre lui ; et plus il est résistant, plus les sacs qui lui sont surajoutés sont pesants, plus vite et mieux ces muscles s'affaissent. Au contraire, avec le bandage plâtré, ils sont de suite abandonnés à eux-mêmes, et ils gardent encore assez longtemps toute leur énergie primitive.

« Dans une fracture où l'action musculaire est peu considérable, à l'avant-bras, dans les fractures transversales de la jambe, le bandage plâtré peut être employé et sa solidification instantanée constituera dans certains cas un perfectionnement, elle offrira des avantages ; mais dans les fractures obliques de l'humérus et du fémur, dans celle de la jambe, avec déplacement opiniâtre et contraction musculaire intense, il ne pourra pas être appliqué, si l'on veut arriver avec certitude à un bon résultat. Dans les fractures du col du fémur, il faut exercer de fortes tractions, au moyen de poids considérables, pendant 15, 20 heures et plus. De cette façon, les muscles sont fatigués, leur puissance est anéantie, et l'on peut parvenir à des guérisons sans raccourcissement. Cela n'arrivera pas par l'emploi du bandage plâtré, *parce que, instantanément solidifié, il ne laisse plus aucune prise sur l'action musculaire.* »

Tel est l'ensemble des observations critiques que l'on a formulées contre le bandage plâtré ; tel est l'ensemble des griefs

qu'on lui a reprochés. Nous avons voulu que l'exposé en fût complet, afin de mettre sous les yeux de l'Académie toutes les pièces du procès qu'elle est appelée à juger.

Maintenant, qu'il nous soit permis d'opposer aux adversaires du bandage plâtré, l'opinion d'un praticien distingué qui s'est aussi fait un devoir d'expérimenter consciencieusement avant de se prononcer.

Voici comment M. le docteur De Condé, médecin de régiment au 9^e de ligne, s'exprimait dans le numéro d'octobre 1853, des *Archives belges de médecine militaire*.

« Pour bien apprécier la valeur de cet appareil, dit l'auteur, rappelons qu'en campagne, trois conditions essentielles sont exigées dans le traitement des fractures, savoir : simplicité, promptitude et sécurité dans l'application ; de ces conditions doivent résulter économie de temps, économie d'officiers de santé, économie d'aides et d'infirmiers et diminution dans la dépense.

« L'appareil au plâtre se solidifie instantanément (en moins de dix minutes) ; vingt-cinq à trente minutes suffisent pour disposer l'appareil, l'appliquer et en obtenir la solidification, et partant la contention du membre (De La Coste).

« Il est simple et d'une application facile. Il ne faut que des bandes de coton dégommé, du plâtre et de l'eau ; nous ne connaissons aucun appareil qui nécessite moins d'aides ; il suffit de l'avoir vu appliquer une seule fois pour pouvoir l'appliquer parfaitement. Il est très-solide et permet le transport immédiat du blessé.

« Il ne pèse que de 385 à 400 grammes, à savoir : 265 grammes de plâtre, 115 grammes de bandes et quelques grammes d'eau.

« Il ne coûte que peu de chose (1), rien pour ainsi dire. Il y a économie d'approvisionnement, attendu qu'il ne faut que des bandes de coton imprégnées de plâtre ; en campagne, toute espèce de vieille étoffe, de vieilles couvertures, de vieilles capotes peuvent être utilisées à cet effet.

« La conservation et l'approvisionnement des appareils se font de la manière la plus simple et la plus facile : il suffit de fixer les unes à côté des autres les bandes de coton imprégnées de

(1) Il ne coûte pas 55 centimes. Les sculpteurs, les plafonneurs, les marbriers s'approvisionnent de plâtre à raison de 8 francs les 100 kilogrammes, soit 8 centimes le kilogramme ; et le calicot employé coûte de 20 à 40 centimes le mètre.

plâtre et roulées, de manière qu'elles se maintiennent en place par leur pression latérale et soient superposées les unes aux autres; elles doivent être renfermées dans des caisses ou boîtes qui ferment bien et les mettent à l'abri de l'humidité (1). Les chevaux de bât pourraient les porter dans les lieux que les fourgons ne peuvent atteindre.

« L'appareil au plâtre est perméable, sans que la solidité en soit compromise, à l'éther, à l'alcool; en versant de l'éther, goutte à goutte sur un point, une réfrigération notable s'y fait sentir au bout de deux à trois minutes, elle ne tarde pas à devenir ensuite très-prononcée et bientôt le blessé sent le liquide couler sur les côtés du membre.

« Si l'on verse de l'eau goutte à goutte à la surface d'un appareil en plâtre, l'eau pénètre et filtre à travers les couches de l'appareil, et va mouiller le membre sans porter atteinte à la solidité du bandage, sans nuire au maintien de la coaptation. Il résulte de cette circonstance deux avantages immenses, à savoir : 1^o celui de pouvoir soumettre le membre maintenu dans l'appareil à des irrigations devenues nécessaires; et 2^o celui de pouvoir, en campagne, *transporter les fracturés sans craindre que les pluies auxquelles ils peuvent être soumis, puissent déranger les agents de contention de la fracture*, ce qui ne manquerait certainement pas d'arriver avec le bandage amidonné qui se ramollit et se désagrège lorsqu'on le mouille.

« L'appareil au plâtre maintient le membre fracturé à un degré de température peu élevé; le plâtre est un mauvais conducteur du calorique, et lorsque pour l'appliquer on vient à le mouiller, il s'hydrate et se cristallise en laissant des interstices qui deviennent perméables à l'eau et aux liquides, sans que l'eau puisse avoir une action nouvelle ou altérante sur cette infinité de petits cristaux. C'est à cette porosité des couches de bandelettes plâtrées que l'on en doit la prompte dessiccation, et que le membre au-dessous reste sec sans être sujet à un prurit incommode comme dans l'appareil de gutta-percha. Il chauffe moins les membres, et est plus agréable au blessé, qu'un simple appareil de bandelettes de Scultet amidonnées ou non.

« Si on expose un appareil au plâtre à une chaleur vive, on

(1) On sait que lorsque le plâtre se prend d'humidité, il durcit moins rapidement; il faut donc pour conserver les bandes plâtrées, les recouvrir d'une couche de plâtre de 2 ou 3 centimètres d'épaisseur. C'est l'élève Piérard, de l'hôpital de Liège, qui nous a donné ce conseil (De Condé).

reconnait que la température extérieure ne se communique pas à l'intérieur. On constatera d'abord que la température de la surface externe de l'appareil reste bien au-dessous de la chaleur de l'air ambiant, et si la température extérieure vient à s'élever à 34°, elle ne montera dans l'intérieur de l'appareil qu'à 23°. En hiver l'appareil est moins froid que l'air extérieur. Il possède donc un nouvel avantage signalé ; *il permet, en toute sécurité, le transport des fracturés par les temps chauds et les temps froids.*

« Le bandage au plâtre est mieux supporté que le bandage amidonné, parce que, disent les blessés, l'appareil se séchant rapidement, ils éprouvent un bien-être que ne leur donne pas l'appareil amidonné, qui plus lent à se dessécher, y laisse pendant plus de deux jours une humidité incommode.

« Nous avons aussi appliqué les bandelettes plâtrées dans le pansement d'une amputation de la cuisse; nous avons procédé, ainsi que le prescrit M. Seutin, en remplaçant seulement les pièces amidonnées par des pièces plâtrées. Nous avons reconnu que ce pansement remplissait parfaitement les indications de l'appareil de M. Seutin, et qu'il y ajoutait les qualités que nous avons déjà reconnues dans l'appareil plâtré appliqué aux fractures. A cette occasion nous avons constaté pour la seconde fois, que *l'immersion prolongée des bandelettes plâtrées dans le pus, n'en hâte nullement la décomposition.* La perméabilité des appareils plâtrés laisse se volatiliser les parties les plus tenues du pus, le reste se dessèche. On devait s'attendre à ce résultat, le plâtre faisant partie de plusieurs composés désinfectants. Si néanmoins l'appareil se pénétrait trop de pus infect, rien n'est plus facile que d'en effacer la mauvaise odeur, en l'arrosant d'une solution de chlorure de chaux, dont l'action n'altère en rien l'appareil, ainsi que nous nous en sommes assurés, MM. Raikem jeune, Piérard et moi. »

L'exposé qui précède suffit pour donner une idée sommaire des arguments que l'on a fait valoir pour ou contre le bandage plâtré, et si nous pouvions nous borner au simple rôle d'historien, nous n'aurions plus rien à ajouter ; mais un autre devoir nous est imposé, et c'est ici que notre mission commence à devenir délicate et difficile...

Après les discussions vives et parfois passionnées qui ont amené le triomphe de la *méthode amovo-inamovible*, on a pu croire que tout était dit sur le traitement des fractures, et comme

conséquence, l'on a pu supposer que nous acceptions le *procédé* de M. Seutin comme le dernier mot de la science. Il n'en est rien, Messieurs, car la perfectibilité n'a point de limites, et forcément, nous avons dû réserver l'avenir, afin de pouvoir accepter et les améliorations et le progrès, de quelque part qu'ils vinssent. Ajoutons que la science n'a point de patrie, et que l'humanité nous fait un devoir d'oublier même nos prétentions nationales pour accueillir des perfectionnements profitables à nos semblables.

Ces sentiments, nous nous plaisons à le reconnaître, sont ceux qui animaient l'honorable M. Seutin lui-même, quand il déclarait à la face du monde savant (1), « qu'il n'avait point la folle prétention de croire que son bandage amidonné dût échapper aux lois de la perfectibilité. Je suis trop ami du progrès, disait-il, pour vouloir jamais enrayser le char de la science et le forcer à rester dans la vieille ornière. J'applaudirai toujours à tous les perfectionnements possibles, quand bien même ils devraient renvoyer à leur tour mes innovations parmi les antiquailles. »

Cette même profession de foi se trouve encore reproduite dans le dernier ouvrage de M. Seutin (2), où nous lisons que, « par suite d'une découverte heureuse, l'amidon pourrait être remplacé par d'autres substances sans changer les principes fondamentaux de son système de déligation. Ce n'est pas par prévention, ajoute-t-il, que j'émetts cette assertion ; l'accueil que j'ai fait à toutes les modifications proposées, l'empressement que j'ai mis à en faire l'essai prouvent assez que je ne suis mu dans cette question, par aucune idée d'amour-propre, et que tous mes efforts tendent au contraire à apporter à ma *méthode* toute la perfection désirable... »

Après une profession de foi aussi solennelle, aussi catégorique, après des déclarations aussi explicites, vous comprendrez, Messieurs, que nous sommes parfaitement à l'aise vis-à-vis de M. Seutin : aussi nous allons aborder l'examen de la question avec une liberté entière, avec une franchise égale à l'importance du sujet.

(1) *Du bandage amidonné*. Bruxelles, 1840, page 190.

(2) *Traité de la méthode amovo-inamovible*. Bruxelles, 1840, page 72. Mémoires de l'Académie.

Si nous récapitulons les reproches adressés au bandage plâtré, nous voyons qu'ils se réduisent à ceci :

- 1° Il est cassant ;
- 2° Il est forcément inamovible ;
- 3° Il s'élargit ;
- 4° Il se rétrécit ;
- 5° Il se déforme quand on veut en opérer la section ;
- 6° On ne peut se procurer le plâtre en tous lieux ;
- 7° Il est désagréable à appliquer et souille le chirurgien ;
- 8° Ses bords deviennent durs et tranchants ;
- 9° Il expose les téguments à des excoriations ;
- 10° Il est indispensable d'employer du remplissage pour protéger les téguments et les saillies osseuses ;
- 11° Par sa dessiccation rapide, il ne permet d'exercer ni extension, ni contre-extension, et par là, il doit favoriser la production des raccourcissements.

Quelques explications suffiront pour réduire tous ces reproches à leur juste valeur.

1° Le bandage plâtré n'est point *cassant*, comme on l'a dit, en se basant sans doute sur la friabilité du plâtre hydraté, et coulé en pièces isolées. Dans l'appareil de MM. Mathijssen et Van de Loo, au contraire, la substance minérale se trouve dans des conditions nouvelles, puisqu'elle est soutenue par une trame continue, par un tissu solide, avec lequel elle forme un tout homogène. Il en résulte donc que, pour que le plâtre pût se casser, il faudrait que le tissu fût préalablement dilacéré : or, pour y parvenir, il faudrait un effort bien puissant, effort qui du reste briserait également toute espèce d'appareil.

On se rapprocherait de la vérité, si l'on disait qu'un bandage plâtré qui est resté *longtemps appliqué*, ou qui a été trop fréquemment ouvert, finit par se ramollir dans les endroits les plus faibles, comme cela arrive avec le bandage amidonné, parce que les mouvements et les pressions répétés que l'appareil subit pendant plusieurs semaines consécutives, désagrègent les molécules du plâtre, et les isolent en certains endroits du tissu qui les retenait : mais cet inconvénient peut être facilement évité ou corrigé, en construisant dès le principe, les bandages avec plus de solidité, ou en les recouvrant d'une pièce plâtrée assez fortement mouillée, quand on s'aperçoit qu'il commence à perdre de sa résistance.

2° Il est forcément *inamovible*, dit-on, et l'on ne peut ni le rendre *amovible*, ni y former des valves.

Ce reproche n'a plus rien de sérieux depuis que nous avons posé les indications relatives aux différents modes à suivre pour former les charnières latérales, qui doivent après la section, procurer aux appareils plâtrés toutes les conditions de l'amovo-inamovibilité.

Nous avons dit en effet, qu'un simple trait imprimé dans le bandage avec une spatule, ou avec le dos de la lame d'un couteau, au moment où le plâtre commence à se solidifier, suffisait pour constituer au besoin une charnière parfaitement mobile.

Nous avons dit aussi, qu'en interrompant çà et là la continuité de quelques bandes, au moyen d'un coup de ciseaux, suivant la direction que l'on veut donner aux valves, on obtenait le même résultat.

Enfin, M. Seutin lui-même vient de nous faire connaître une modification non moins efficace, et qui conduira tout aussi sûrement au même but. Voici ce que nous lisons dans le compte-rendu de sa clinique pour le deuxième semestre de 1853 (*Presse médicale*, 19 février 1854, page 71) : « Nous roulons préalablement une bande sèche en toile pour éviter, selon l'indication de l'auteur, le contact immédiat du plâtre sur la peau. Avec cette première bande, nous exerçons le degré de compression que nous jugeons convenable. La bande en plâtre est alors appliquée immédiatement comme toutes les bandes, et elle est mouillée au fur et à mesure qu'on en fait l'application. Après avoir recouvert notre bande en toile d'un tour de bande plâtrée, nous appliquons deux, trois ou quatre épaisseurs de cette même bande en guise d'attelles, soit latéralement, soit postérieurement, selon l'indication des cas, et nous recouvrons le tout d'un nouveau tour de bande roulée. » Or, l'intervalle laissé entre ces attelles latérales et l'attelle postérieure, constitue une *ligne faible*, qui par cela seul devient la charnière des valves après la section de l'appareil.

Il est donc évident que le bandage plâtré réunit toutes les conditions désirables de l'amovo-inamovibilité.

3° *Il s'élargit*, dit-on ! Soit : le reproche est formulé en termes très-intelligibles, et nous l'acceptons. Cependant, avant de répondre, nous nous permettrons à notre tour de poser une autre question non moins importante, et nous demanderons s'il est bien vrai, s'il est même possible que le plâtre hydraté et soli-

difié, subisse une dilatation quelconque une fois qu'il est bien desséché? Or, poser ainsi la question, c'est la résoudre, et par conséquent, c'est répondre à l'objection.

Non, le bandage plâtré ne s'élargit ni pendant ni après sa dessiccation; il se solidifie sur place et dans les rapports qui lui ont été assignés, sans jamais subir ni ampliation ni retrait.

4^o Par conséquent il est tout aussi peu exact de prétendre, comme l'a fait M. Burggraeve (1), que le bandage plâtré « subit en séchant un retrait qui fait que la compression dégénère en *constriction*.... », d'où résulte « la possibilité de produire des étranglements et la gangrène, *pour peu qu'on serre trop les bandes*.... »

Certes, le reproche est grave, et s'il était fondé, le bandage plâtré serait loin de mériter la préférence qu'on semble vouloir lui accorder : il importe donc de rechercher si l'honorable auteur gantois a bien observé, et si la critique à laquelle il se livre est entourée de toutes les conditions nécessaires pour constituer un jugement acceptable.

Avant tout, nous sommes forcé de constater que *le génie de la chirurgie* n'a inspiré à notre fécond collègue que des pensées de prédilection pour son *appareil ouaté*, tandis qu'il n'a trouvé que des paroles peu favorables, si pas directement hostiles aux autres modes de déligation, bien que plusieurs d'entre eux fussent justifiés par de nombreux et éclatants succès. Il y aurait donc là matière à récusation en vertu du vieil axiome qui dit que l'on ne saurait être juge et partie; il y aurait peut-être quelques motifs assez valables pour nous autoriser à décliner le jugement porté par l'honorable M. Burggraeve : mais en ce moment nous nous bornerons à contester l'exactitude du reproche qu'il a formulé contre le bandage plâtré, nous réservant de revenir sur les questions qu'il a soulevées.

Une expérience aussi simple que facile suffira pour démontrer l'erreur que nous signalons, et pour prouver que si le bandage plâtré a effectivement exercé une *constriction* pénible et dangereuse à Gand, c'est que l'on a méconnu les indications posées par M. Van de Loo, c'est que l'on a serré trop fortement les bandes en construisant l'appareil, attendu, comme nous l'avons déjà dit, que le bandage plâtré reste ce qu'il a été d'abord, sans subir ni retrait ni dilatation.

Veut-on se convaincre de l'exactitude absolue de ce fait, il

(1) *Génie de la chirurgie*, page 119.

suffit d'enrouler une bande plâtrée autour d'un gobelet ou d'une bouteille, avec la précaution de dégager le moule aussitôt que la coque plâtrée est confectionnée, sans même attendre que la dessiccation soit complète. De cette façon, toutes les parties, toutes les surfaces du bandage sont exposées à l'action de l'air, et rien ne peut contrarier le mouvement de retrait qui tendrait à se produire. Eh bien ! chaque fois que nous avons fait cette expérience, nous avons observé que l'anneau plâtré devenu sec et dur, s'adaptait toujours avec une exactitude parfaite à la forme du cylindre sur lequel il avait été moulé ; et de plus, nous avons constaté sur une bouteille dite *bordelaise*, qu'il occupait absolument la même hauteur sur le cône qu'elle représente. A coup sûr, si le bandage plâtré eut subi un retrait quelconque, il eût été facile de le constater par l'impossibilité de lui restituer ses rapports primitifs avec son moule, et nous eussions mesuré ce retrait avec une exactitude rigoureuse.

Que l'on adresse ce reproche au bandage amidonné, bien que l'on ait prétendu depuis longtemps qu'il se dilatait en se desséchant, c'est ce que je comprendrais parfaitement, car dans ce cas l'objection reposerait sur un fait matériel que chacun peut vérifier et que nous avons observé plus d'une fois. En effet, chacun sait que le carton mouillé et amidonné se ramollit et s'étend considérablement ; mais ce que l'on ne sait pas aussi bien, c'est que ce même carton mouillé et amidonné subit un retrait non moins considérable par la dessiccation. Il était donc important d'instituer quelques expériences pour élucider ce fait, et voici comment nous procédâmes :

D'une feuille de carton de deux millimètres et demi d'épaisseur, trois bandes furent déchirées et façonnées en guise d'attelles.

Elles avaient une longueur de quatre-vingt deux centimètres et demi.

L'une d'elles fut clouée sur une planche garnie de deux traverses, au moyen de quatre pointes de Paris, sans avoir subi aucune préparation : c'était notre étalon.

L'autre fut mouillée ; elle mesurait alors quatre-vingt six centimètres et demi. Elle fut également clouée par quatre pointes sur la même planche, à côté de la précédente, et nous eûmes soin de la mouler exactement sur les inégalités qui résultaient de la présence des deux traverses, afin de savoir comment elle se comporterait par le retrait.

Eh bien ! au bout de deux jours elle était complètement re-

dressée, elle était parfaitement tendue, et les quatre clouures avaient subi une tension si puissante qu'elles s'étaient déchirées dans une étendue de trois et quatre millimètres. En outre deux des pointes avaient cédé à la traction du carton et se trouvaient inclinées dans sa direction, bien qu'elles eussent été convenablement enfoncées dans le bois. Quant aux inégalités résultant de la présence des traverses, le carton n'en présentait plus la moindre trace, elles étaient complètement effacées.

Mesurée en cet état, la bande de carton était réduite à une longueur de huit cent trente trois millimètres, et avait par conséquent subi un retrait de trente-deux millimètres.

Quant à la troisième attelle de carton, elle fut mouillée d'abord, puis amidonnée sur ses deux faces, et enfin recouverte d'un côté avec une bande de toile pour la renforcer.

En cet état elle mesurait également quatre-vingt-six centimètres et demi.

Exactement appliquée sur la planche où les deux précédentes étaient déjà fixées, et parfaitement moulée sur les inégalités des traverses, elle ne fut point clouée, mais seulement assujétie par quelques poids destinés à la tenir en place.

Au bout de deux jours, la dessiccation commençait seulement, et ce n'est que le cinquième jour que le carton a repris sa rigidité première. Les inégalités résultant des dispositions de la planche étaient en partie conservées, mais la longueur totale de l'attelle était réduite à huit cent trente-cinq millimètres, de sorte qu'elle avait subi un retrait de trente millimètres.

Il résulte donc de ces expériences que le *carton mouillé et non amidonné* s'étend de quarante millimètres sur une longueur de huit cent vingt-cinq millimètres, soit de un vingt-unième; et qu'après cet allongement il subit un retrait de trente-deux millimètres, soit de plus de un vingt-septième, indépendamment de la résistance opposée par les quatre pointes, dont deux ont même fléchi.

Quant au *carton mouillé et amidonné*, après s'être étendu dans la même proportion que le précédent, il a subi un retrait de trente millimètres, soit de moins de un vingt-neuvième.

Qui ne comprend après cela que le bandage amidonné mérite plus que les appareils plâtrés le reproche de subir un retrait qui dans certaines circonstances peut occasionner des constrictions fâcheuses, surtout quand il est appliqué par des mains peu expérimentées?

Mais, dira-t-on, pourquoi employer des attelles en carton puisqu'elles subissent un retrait si considérable, et exposent par cela seul à de graves inconvénients? pourquoi ne point les supprimer? La chose semble même d'autant plus facile que M. Seutin lui-même a dit dans son premier ouvrage (1), que « le carton n'est pas indispensable, parce que les bandes un peu plus multipliées et enduites d'amidon, peuvent facilement le remplacer. » Mais depuis lors l'expérience a parlé, et l'on a reconnu qu'il était indispensable de soutenir le bandage par une substance solide qui lui donnât du corps et de la consistance. C'est ce que M. Crocq a démontré de la manière la plus positive dans son *Traité des fractures* (2), où nous lisons : « M. Malgaigne ne sait à quoi servent les attelles en carton, « inutiles quand elles sont mouillées, bien plus inutiles quand le bandage est sec. » Elles servent tout bonnement, ajoute M. Crocq, à le rendre solide; qu'il essaye seulement de n'appliquer que des bandes amidonnées, et il verra, à moins d'en mettre un nombre excessif; sans les cartons, la solidité n'existerait pas, et l'appareil mériterait le reproche de non-contention, que lui adresse M. Jobert, et que Boyer adressait déjà au bandage roulé ordinaire.... » On voit donc que les attelles en carton ne sauraient être supprimées sans enlever au bandage amidonné l'une de ses qualités les plus précieuses.

5° *Le bandage plâtré se déforme, dit-on, quand on veut en faire la section.* C'est une erreur, car la coque plâtrée se laisse tout aussi bien couper par les gros ciseaux, que le bandage amidonné ordinaire : c'est un fait que personne ne saurait contester, car l'expérience de chaque jour est là pour en attester l'exactitude. Le bandage plâtré ne saurait donc être déformé par la section proprement dite. Mais il perdrait une partie de sa rigidité, de sa régularité, si après avoir pratiqué cette section, on voulait l'ouvrir sans s'être conformé aux indications posées par M. Van de Loo; il est évident qu'alors on romprait la continuité du plâtre, tout comme on brise l'appareil amidonné, quand on n'a pas eu la précaution de laisser un intervalle entre les attelles, pour tenir lieu de charnière. Ceci est clair comme le jour, et ne mérite aucune discussion.

(1) *Du bandage amidonné*. Bruxelles, 1840, page 184. — Lettre à la *Gazette médicale*, 1 décembre 1838.

(2) *Mémoires de l'Académie*. Concours, tome II, page 402. *Traitément des fractures des membres*; par M. Crocq.

6° On a formulé un autre reproche en disant que *l'on ne peut se procurer le plâtre en tous lieux*. Ce grief n'a rien de sérieux, car le plâtre se rencontre partout chez les mouleurs, chez les plafonneurs, chez les marbriers, et même chez les maçons ; en outre, il se trouve même dans les campagnes, chez les cultivateurs qui l'emploient à l'amendement de leurs terres. Ce n'est donc point une substance rare ou difficile à rencontrer. D'ailleurs, qu'est-ce qui empêcherait le pharmacien de s'en approvisionner en temps opportun ? Pourquoi le chirurgien lui-même, n'aurait-il pas en réserve quelques kilogrammes de cette substance, et un assortiment de bandes plâtrées, disposées pour l'usage ? Il suffirait de les tenir dans une boîte bien fermée, avec la précaution indiquée par M. Piérard, de les recouvrir d'une couche légère de plâtre en poudre, qui seul absorberait l'humidité de l'air, et supporterait ainsi toutes les causes d'avarie. Certes la dépense serait insignifiante et d'ailleurs largement compensée par l'économie du temps pour le praticien, et de souffrances pour le patient qui serait instantanément pourvu d'un appareil solide.

7° *Il est désagréable à appliquer, parce qu'il souille le chirurgien et les lieux où on le confectionne.*

Ce reproche est grave, car il repose sur un fait très-compromettant pour la pureté des gants jaunes de certains chirurgiens de boudoir. Cependant, il ne faut rien exagérer ; il faut se montrer juste, même à l'égard des inventions qui peuvent forcer le praticien à emprunter quelques-uns des caractères physiques du gâcheur, ou qui, dans les cas extrêmes, l'exposent à passer à l'état de statuette !....

Le plâtre mouillé est sans doute une substance essentiellement maculante, si on la manie étourdiment et sans précaution ; nous conviendrons même qu'il peut y avoir des inconvénients à se trouver sous la main du chirurgien, si pendant l'application d'un bandage plâtré, la fantaisie lui prend de se livrer à quelque gymnastique oratoire : mais c'est là l'exception, et quand on s'est familiarisé avec ce genre d'opérations, appliquer *proprement* un appareil plâtré, n'est pas plus difficile que de confectionner le bandage amidonné le plus simple.

Voici comment nous avons l'habitude de procéder, et jamais nous n'occasionnons aucune espèce de dégâts, ni sur nos vêtements ni dans les appartements.

Nous commençons par étendre sur le sol ou sur le lit du pa-

tient, une serviette ou une alèse destinée à recevoir l'eau plâtrée qui peut tomber de l'appareil.

Contrairement à ce que fait M. Seutin (1), qui *mouille la bande plâtrée au fur et à mesure qu'il en fait l'application*, nous *trempons* le cylindre de la bande roulée et plâtrée dans une cuvette d'eau, pendant quelques secondes, c'est-à-dire, jusqu'au moment où les bulles d'air cessant de se dégager, nous avertissent que le tout est convenablement mouillé. Aussitôt, nous appliquons cette bande, *qui a conservé tout son plâtre*, et nous évitons ces éclaboussures qui jaillissent au loin et au large, quand on procède différemment. De cette façon, le chirurgien le plus fashionable peut confectionner un appareil plâtré en se rendant au bal, et après l'opération, sa toilette sera aussi irréprochable qu'avant de la commencer.

Du reste, que l'on ne s' imagine point que le bandage plâtré mérite seul le reproche d'exposer à des souillures. Ne sait-on pas que les appareils amidonnés jouissent au même degré du privilège de déteindre sur l'opérateur et sur ses aides, en laissant çà et là des macules que la dessiccation met surtout en évidence? Notre expérience sur ce point laisse peu à désirer, et nous pouvons affirmer que sous le rapport des embarras de l'application, l'un a peu de choses à envier à l'autre.

Mais que sont de pareils reproches, en présence des services incontestables que les appareils amovo-inamovibles ont rendus à l'humanité? Rien, absolument rien! Ce sont des accusations sans portée, auxquelles nous n'aurions fait aucune allusion, si elles ne s'étaient produites au sein d'une compagnie savante qui a toutes nos sympathies et notre estime.

8° *Ses bords deviennent durs et tranchants*, dit M. Joly, et il importe d'employer l'ouate, ou des coussins si l'on veut préserver les saillies osseuses et les plis des membres des excoriations souvent profondes et très-douloureuses.

Mais ce reproche est applicable au bandage amidonné autant et plus qu'aux appareils plâtrés, et d'ailleurs c'est une conséquence forcée de leur solidité parfaite.

Quand un bandage détermine *des excoriations profondes*, c'est qu'il est mal construit, peu importe que la matière solidifiable soit du plâtre ou de l'amidon. Est-ce que M. Van de Loo, comme M. Seutin, n'a pas recommandé d'appliquer sur les té-

(1) *Presse médicale Belge*, 19 février 1845, page 71.

guments, une bande simple non plâtrée, afin de protéger ceux-ci? Est-ce que M. Van de Loo, comme M. Seutin, n'a pas dit qu'il était facultatif, et que dans certaines circonstances, il pouvait être utile d'appliquer une couche d'ouate pour prévenir l'effet du contact d'une surface dure et inflexible? Enfin, est-ce qu'une moitié des appareils plâtrés n'est point disposée de telle façon qu'il ne saurait y avoir des bords durs et tranchants, attendu que ces appareils ne se composent que d'un morceau de couverture de laine ou de flanelle imprégnée de plâtre? Or, dans tous ces cas, les dangers signalés par M. Joly ne sont point à craindre, et toujours on les prévient, si l'on se conforme exactement aux préceptes du chirurgien de Venlo.

Naguère, M. Seutin se plaignait à tout propos, de ce que l'on défigurait ses appareils en cherchant sans cesse à les modifier, et en cela il avait parfaitement raison. Pourquoi, maintenant, vouloir corriger les procédés de MM. Mathijssen et Van de Loo, et formuler ensuite des reproches chimériques contre ces procédés, alors que les modifications seules peuvent les encourir? Soyons au moins conséquents, et accordons à autrui ce que nous réclamons pour nous-mêmes.

9° *Le bandage plâtré expose les téguments à des excoriations.* Tel est le nouveau grief que l'on a formulé contre cet appareil sans trop s'inquiéter s'il était suffisamment justifié. On s'est dit, sans doute, que le bandage plâtré formant une coque pierreuse et inflexible, il était impossible qu'elle ne blessât point les parties molles avec lesquelles elle serait en contact prolongé : or, l'observation prouve précisément le contraire.

Du reste, en articulant ce reproche, l'on n'a point songé que l'on dégainait une arme à deux tranchants qui devait frapper le bandage amidonné avant d'atteindre les appareils plâtrés. On va le comprendre.

D'abord, le bandage plâtré proprement dit, n'est point en contact avec les téguments, puisqu'il en est séparé, soit par une première couche de bandes non plâtrées, soit par un léger remplissage d'ouate, soit enfin, par une pièce d'étoffe exempte de tout enduit. Il est donc impossible qu'il produise des excoriations par contact immédiat, et sous ce rapport, il se trouve absolument dans les mêmes conditions que l'appareil amidonné. Mais il a sur celui-ci un avantage inappréciable, c'est qu'étant composé d'éléments parfaitement homogènes, il n'est point soumis à des influences opposées au moment de la solidification, et ne subit

point ce retrait essentiellement inégal qui se produit dans les appareils amidonnés pendant une dessiccation qui se prolonge généralement au delà de quarante-huit heures.

En outre, le plâtre se moulant avec une exactitude parfaite sur les parties qu'il doit protéger, les emboîte complètement sans les comprimer, et ne pèse spécialement sur aucun point en particulier. Peut-on en dire autant du bandage amidonné avec ses éléments et ses épaisseurs diverses ? Nous n'oserions l'affirmer, et voici pourquoi.

L'appareil amidonné emprunte ses facultés contentives et sa puissance aux bandes et au carton que le chirurgien dispose selon les effets qu'il veut obtenir. La colle solidifiable ne fait que compléter l'appareil en fixant et en immobilisant les éléments qui entrent dans sa construction. L'application de ce genre de bandage exige donc un tact et une habitude particulière, pour que l'effet contentif ou compressif atteigne le but pour ne le jamais dépasser ; et pour tout dire en un mot, il faut une main chirurgicale pour bien l'appliquer, car il tient rigoureusement les engagements que le chirurgien a contractés.

L'appareil plâtré, au contraire, emprunte toutes ses qualités à la substance minérale qui se moule d'elle-même sur tous les contours du membre, sans réclamer pour cela l'intervention d'une main intelligente ou habile. Il suffit d'étendre la bande sur le membre, sans exercer ni traction ni effort, et à l'instant il se trouve pourvu d'un moule aussi exact que s'il eût été façonné par la galvanoplastie. C'est qu'ici, le plâtre est tout ; le tissu qui le contient n'est qu'une trame destinée à le soutenir et à se prêter à sa cristallisation. « Susceptible de prendre toutes les formes, et de s'étendre partout où on le veut, il emboîte les articulations et les tient parfaitement immobiles. En vertu de la même qualité, il se moule exactement sur toutes les saillies et sur toutes les anfractuosités, offrant des creux pour loger les premières, et s'enfonçant dans les secondes (1). »

Dans le bandage amidonné, au contraire, les bandes et le carton sont les agents principaux de la contention, la colle n'étant qu'un moyen d'union qui les immobilise dans les rapports qu'on leur a donnés : or, ces rapports laissent nécessairement à désirer dans certains cas, de l'aveu même de M. Crocq, auquel nous venons d'emprunter quelques phrases plus applicables aux appa-

(1) CROcq, *Traité des fractures*. Mémoires de l'Académie, page 195.

reils plâtrés qu'au bandage amidonné. « L'appareil (amidonné) (1) renforcé d'attelles en bois ou en carton sec possède toutes les conditions désirables de solidité... On a reproché aux cartons secs et aux attelles de déformer le bandage, mais les premiers se moulent suffisamment pour appuyer *à peu près* partout également ; les secondes qui sont moins bonnes doivent être bien matelassées ; enfin, si ceux qui font cette objection connaissent bien l'appareil, *ils sauraient qu'il n'est pas entièrement mou, susceptible de se mouler à tout, mais qu'il est assez résistant déjà* ; c'est une simple mesure de précaution destinée à l'assurer contre les mouvements et les efforts du malade, et dans les fractures obliques, contre la tendance au raccourcissement.

« Lorsqu'on fait sécher l'appareil près d'un grand feu, le patient éprouve parfois de la douleur ; mais le motif en est que, par une dessiccation trop-rapide, il se déforme, il se bosselle, comme on peut facilement l'expérimenter, et dès lors exerce une compression inégale... »

D'après cela, il est facile de comprendre que le bandage plâtré est et doit être plus *exact* que le bandage amidonné, et qu'en vertu de cette condition il doit exposer moins que tout autre à des excoriations cutanées, puisqu'il s'applique exactement partout sans comprimer aucun point. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner la forme extérieure d'un appareil plâtré bien établi, et l'on reconnaîtra jusqu'aux moindres saillies osseuses, musculaires ou même veineuses. En outre, la face interne du bandage apparaîtra lisse et polie, au point qu'on ne pourra même saisir les interlignes qui séparent les différents tours de bande.

10° *Il est indispensable d'employer du remplissage pour protéger les téguments et les saillies osseuses.*

Cette objection se rapproche de la précédente, et la reproduit même, quoiqu'elle soit formulée en termes différents. Nous ne nous y arrêtons point ; mais à ceux qui tiennent à employer soit du remplissage, soit une légère couche d'ouate, nous dirons que rien ne peut les empêcher de suivre une pratique que nous approuvons, et qui doit leur donner toute sécurité. Toutefois nous ajouterons que cette précaution n'est pas indispensable dans tous les cas, parce que les appareils plâtrés se moulant exactement sur tous les points du membre, s'y appliquent natu-

(1) CROcq, *Traité des fractures*. Mémoires de l'Académie, page 329.

rellement et les soutiennent sans les comprimer. C'est donc à cet ordre de bandages surtout, que s'applique la qualification pittoresque que M. Crocq (1) attribuait aux appareils amidonnés en disant « qu'ils sont réellement et sous tous les rapports amis des parties molles. »

11° *Par la dessiccation rapide*, dit M. Seutin (2), *il ne permet ni extension ni contre-extension, et par là, il doit favoriser la production des raccourcissements*; puis l'honorable chirurgien de Saint-Pierre ajoute que, si le bandage amidonné se desséchait à la minute il n'en voudrait pas dans les fractures avec déplacement opiniâtre, car il faut en général tirer dix, quinze à vingt heures sur le membre pour faire cesser l'action musculaire, pour l'anéantir.

Ainsi formulée, l'objection semble puissante, nous le reconnaissons, mais en réalité elle manque de sens, car elle conclut d'après une exception; elle conclut d'un fait extrêmement rare, aux faits généraux les plus habituels: elle n'est donc point logique, si l'on veut en faire un argument général. En outre, il suffit de consulter les écrits de M. Seutin lui-même pour s'assurer qu'elle repose sur l'interprétation très-élastique d'un fait dont on semble aujourd'hui méconnaître la portée, tandis que naguère, on lui empruntait l'un des arguments les plus concluants en faveur de la contention circulaire des appareils amidonnés.

Ceci demande quelques explications.

1° M. Seutin a dit et écrit, que le meilleur moyen de faire cesser les contractions musculaires qui tourmentent certains fracturés, c'est de recourir immédiatement à la compression circulaire, et en cela il a parfaitement raison.

2° Il a dit encore, que l'extension et la contre-extension étaient exercées par le bandage amidonné mieux que par des attelles, mais que jusqu'à la solidification parfaite de l'appareil, il fallait suppléer à son défaut de consistance, par une force étrangère qui en tint lieu.

Or, si ces deux propositions sont exactes, l'objection se trouve réfutée d'avance par celui qui l'a produite, et M. Seutin lui-même proclame les avantages du bandage plâtré.

Première proposition. Chez les sujets fortement constitués et dont le système musculaire est très-développé, les fractures

(1) CROcq, *Traité des fractures*, page 525.

(2) *Journal de médecine* de la Société de Bruxelles, 1853, tome II, page 287.

produisent souvent des contractions énergiques qui ne cessent qu'après la réduction et la coaptation parfaite des fragments osseux. C'est un fait connu de tous les chirurgiens. L'indication la plus pressante consiste donc à réduire le plus tôt possible, et à maintenir d'une manière invariable les rapports normaux restitués par la réduction. C'est le but que tous les chirurgiens ont en vue, et qu'ils cherchent à atteindre *immédiatement* ou *médiatement* selon les opinions qu'ils professent relativement à la convenance de hâter ou de retarder les efforts de réduction.

Pour M. Malgaigne et pour ceux qui partagent sa manière de voir, le moyen de faire cesser ces contractions musculaires, c'est de temporiser, en recourant à la saignée et aux opiacés.

Pour M. Seutin au contraire, l'application immédiate et non différée d'un appareil circulaire solide, constitue la pratique essentiellement rationnelle, puisqu'elle empêche ces contractions de se produire en s'opposant à tout déplacement ultérieur des fragments réduits.

Voici comment notre honorable collègue s'exprime à ce sujet dans son *Traité de la méthode amovo-inamovible* (1) : « La compression circulaire, dit-il, en s'exerçant d'une manière douce, uniforme et régulière sur toute la surface du membre, s'oppose à la contraction des muscles, qui se trouve enchaînée, et maintient les bouts fracturés dans l'immobilité et une coaptation telles, qu'ils ne peuvent irriter les tissus voisins par des frottements répétés, comme cela arrive souvent dans les autres méthodes, surtout pour les fractures obliques. »

D'un autre côté, voici ce que nous lisons dans l'ouvrage de M. Crocq (2) : « Le meilleur moyen de se rendre maître de la contraction musculaire spasmodique, de la faire cesser, c'est la réduction immédiate ; vient ensuite la contention exacte, pour laquelle elle ne servirait de rien...

« Qu'est-ce que la contraction musculaire ? C'est le plissement en zigzag des fibres qui constituent les corps charnus ; c'est le raccourcissement et le gonflement de ceux-ci. Ils occupent moins d'espace en longueur ; mais la somme de matière qui les compose restant la même, ils en occupent d'autant plus en épaisseur. Toute contraction, normale ou spasmodique, physiologique ou pathologique n'est rien d'autre que cela : raccourcissement et gonflement des muscles.

(1) SEUTIN, *Traité de la méthode amovo-inamovible*, page 49.

(2) CROCQ, *Traité des fractures*, page 525.

« La contraction spasmodique ne diffère de la physiologique que par un plus haut degré d'intensité, et l'une passe à l'autre par des degrés insensibles ; il y a entre elles le même rapport qu'entre la sensibilité normale de la rétine et la photophobie. Cela posé, que faut-il faire pour empêcher la contraction musculaire d'avoir lieu, quelle que soit sa nature ? Il faut d'abord empêcher le raccourcissement du muscle, en maintenant son allongement, c'est-à-dire, par une extension et une contre-extension suffisantes. Il faut ensuite empêcher son gonflement ; or, *quel meilleur moyen d'y parvenir, que de l'emprisonner, de l'emboîter dans la coque d'un bandage circulaire à parois solides et inextensibles ?* Ce bandage est aussi le plus favorable à faire une *extension efficace*.... »

« Rien de rude, de saccadé, ajoute M. Seutin (1), dans l'exercice de cette force ; elle peut se déployer mollement, quoique avec sûreté, parce qu'un grand nombre de parties sont admises à en recevoir en même temps les effets, et qu'elle ne doit par conséquent pas concentrer sa puissance sur un espace peu étendu. Les saillies, les enfoncements ressentent également son influence, parce que le bandage amidonné jouit de la faculté de présenter des enfoncements aux premières et des saillies aux secondes. Les muscles comprimés partout avec la même intensité et d'une manière perpendiculaire, éprouvent par là un obstacle à leur contraction qui tendrait à produire des déplacements, et ne peuvent cependant éluder en aucune manière l'action du moyen compressif. Ils restent en place, parce qu'ils ne trouvent aucun endroit vers lequel ils puissent se porter pour exercer leurs fonctions avec plus de liberté. Les os fracturés tendent à conserver les rapports qu'on leur a imposés, parce qu'ils se trouvent assujétis dans tous les points de leurs faces, et aussi bien à leurs extrémités que dans l'endroit où siège la solution de continuité ; tout mouvement de bascule, de latéralité, de rotation même, se trouve par là rendu impossible. »

En voilà assez pour prouver, d'après MM. Seutin et Crocq, que le meilleur moyen à opposer aux contractions musculaires, c'est, comme ils le disent, *d'emprisonner, d'emboîter le membre dans la coque d'un bandage circulaire à parois solides et inextensibles* : or, d'après tout ce qui précède, il est facile de comprendre que le bandage plâtré permet de remplir cette con-

(1) SEUTIN, *Traité de la méthode amovo-inamovible*, page 80.

dition mieux et plus rapidement qu'avec tout autre appareil, grâce à sa solidification instantanée, et à l'exactitude de ses rapports avec la partie qu'il embrasse.

Deuxième proposition. L'extension et la contre-extension sont exercées par les appareils circulaires solides mieux que par tous les appareils à attelles latérales; mais comme le bandage amidonné n'acquiert sa dessiccation complète qu'au bout de quarante-huit heures, il faut jusque-là suppléer à son défaut de consistance par une force étrangère qui en tiennent lieu. C'est pour cela, *et pour cela seulement*, que M. Seutin a conseillé l'emploi des sachets de sable extensifs et contre-extensifs.

« *L'extension et la contre-extension* opérées par mon appareil, dit-il (1), ne ressemblent en rien aux phénomènes produits par les moyens mécaniques inventés par Desault, Boyer, Dupuytren, dont on ne peut calculer de suite la puissance. L'appareil amidonné, pour restituer aux os leur longueur par un chevauchement n'emploie point une force qui s'exerce seulement *sur deux extrémités opposées du membre raccourci*, et *n'expose point*, de cette manière, *celles-ci à s'altérer, à cause du peu d'étendue des surfaces qui doivent supporter une traction assez considérable*. Il n'est également point exposé à sortir des bornes au delà desquelles un déplacement contraire à celui auquel on doit remédier peut avoir lieu, comme il paraît que cela s'est vu lorsqu'on mettait en usage les appareils dont il vient d'être question. Semblable à un aide intelligent, destiné à prêter son secours salulaire pendant toute la durée du traitement, il ne fait que maintenir en place les rapports nouveaux que la main du praticien a donnés aux fragments pendant la coaptation. Ce n'est point, si l'on veut être rigoureux sur les termes une extension et une contre-extension véritablement *actives* qu'il opère; il reste passif jusqu'au moment où les pièces fracturées tendent à reprendre leur position vicieuse par un mouvement rétrograde. Alors seulement, il résiste au déplacement par sa force d'inertie, en retenant pour cela les parties qui ont une propension à se déplacer par un nombre de points plus ou moins considérable. »

Certes, il est difficile de s'exprimer en termes plus clairs et plus précis pour peindre la puissance extensive et contre-extensive dévolue aux appareils circulaires solides, et l'on voit que jusque-

(1) Ouvrage cité, page 81.

là M. Seutin n'avait guère songé à la renforcer par des tractions mécaniques.

« Citons quelques exemples, ajoute-t-il, en empruntant un passage de l'excellent mémoire de M. De Roubaix, pour tâcher de mieux faire comprendre nos idées en les rattachant à des choses sensibles. Figurons-nous une fracture oblique de la cuisse, pour laquelle un bandage amidonné aura été appliqué. Si un effort quelconque vient inviter le fragment inférieur à glisser sur l'autre de bas en haut, tous les endroits du bandage où il existe une incurvation tant soit peu prononcée, résisteront à la fois. Ainsi, si l'on a employé l'extension, le pied d'abord sera arrêté par la portion de l'appareil qui recouvre sa face supérieure ; le talon, les malléoles rencontreront un obstacle dans le rétrécissement qu'affecte le moyen contentif au-dessus d'eux ; le mollet éprouvera de la résistance de la part de l'amidonné qui se porte sur le creux du jarret, et le genou sera maintenu par celui qui surmonte le bord supérieur de la rotule. Si la flexion a été mise en usage, ce seront à peu près les mêmes effets qui se produiront.... Dans tous les cas, le point d'appui des forces de résistance sera pris de proche en proche sur le bassin qui deviendra ainsi le siège de la contre-extension..... Emboitant solidement les articulations voisines de l'endroit lésé, le bandage amidonné représente une colonne creuse qui tient lieu, à l'extérieur du membre, des soutiens brisés à son centre, et qui supporte seule les effets du changement de situation qu'éprouvent les os voisins..... »

Le langage de M. Crocq n'est pas moins explicite quand il veut s'attacher à prouver que le bandage amidonné possède par lui-même toute la puissance extensive et contre-extensive des autres appareils.

« Susceptible (1) de prendre toutes les formes et de s'étendre partout où on le veut, il emboîte les articulations et les tient parfaitement immobiles. En vertu de la même qualité, il se moule exactement sur toutes les saillies et sur toutes les anfractuosités, offrant des creux pour loger les premières et s'enfonçant dans les secondes. Cette condition, jointe à sa solidité, empêche deux parties quelconques du membre de changer de position relative, puisque les parties correspondantes de l'appareil devraient en changer aussi ; il leur est donc impossible de se rapprocher.

(1) Crocq, *Traitement des fractures*, page 194.

Cela constitue une véritable force extensive et contre-extensive, force passive à la vérité, moins suffisante, parce qu'elle fait toujours équilibre à la force active qui tend à produire le chevauchement. »

La même thèse se trouve soutenue et développée à chaque page du livre de M. Crocq, et toujours l'auteur s'attache à réfuter toutes les objections, même celles que M. Seutin n'a pas craint de produire à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.... On va en juger.

« Avant d'aller plus loin, dit M. Crocq (1), je dois encore m'arrêter à une objection que j'ai déjà touchée, mais sur laquelle peut-être, le lecteur n'aura pas reçu toute la satisfaction désirable. Peut-être même me la réserve-t-il *in petto* pour renverser tout mon édifice thérapeutique. Cette objection, la voici : les appareils à extension continue ont surtout pour but d'exercer une extension graduée, progressive, d'allonger le membre, afin d'opérer la réduction dans le cas où elle ne l'a pas été tout d'abord. Votre appareil circulaire n'exerce pas la même action ; donc il ne peut les remplacer totalement. J'ai déjà dit que je considérais la réduction immédiate comme toujours possible, par les moyens que j'ai indiqués ; j'ai dit de plus que l'appareil circulaire, l'appareil qui emboîte exactement tout le membre, la maintenait parfaitement par son action passive, par sa résistance aux mouvements des parties. A quoi bon donc tous ces appareils à extension graduée ? Ne pourrait-on pas m'accuser de surcharger inutilement l'arsenal chirurgical, si je les conservais ? Mais pourquoi Desault, Boyer et tant d'autres grands chirurgiens se sont-ils ingénies à en imaginer ? Était-ce pour se donner le plaisir d'inventer une machine ? Non certes, mais ils ne possédaient point nos moyens de contention, ils ne connaissaient point les appareils solides à compression circulaire, généralement répandus seulement depuis une douzaine d'années ; et ces machines leur étaient nécessaires pour assurer la réduction dans les cas de raccourcissement opiniâtre. »

Il est impossible d'être plus clair et plus précis : aussi nous comprenons peu que M. Seutin ait eu assez peu de mémoire pour avancer que « dans les fractures obliques de l'humérus et du fémur, dans celles de la jambe avec déplacement opiniâtre et contraction musculaire intense, il ne pourra pas être appliqué

(1) Crocq, *Traitemment des fractures*, page 309.

de bandage circulaire, solide et inextensible comme le bandage plâtré, *parce que instantanément solidifié, il ne laisse aucune prise sur l'action musculaire!....* » De deux choses l'une, ou M. Seutin se trompe aujourd'hui, ou M. Seutin se trompa quand il a énuméré toutes les propriétés et les avantages de la contention circulaire. Il n'y a pas d'autre alternative.

Ce qui était bon pour le bandage amidonné, doit l'être aussi pour le bandage plâtré qui agit absolument de la même façon ; et si la compression circulaire de l'un est efficace pour neutraliser l'action musculaire après la réduction d'une fracture, elle doit l'être à plus forte raison pour l'autre qui est instantanément solidifiable.

Mais laissons l'auteur de la méthode amovo-inamovible aux prises avec son défenseur le plus zélé, et voyons comment celui-ci s'exprime à propos de l'objection que nous discutons.

« L'appareil circulaire, dit M. Crocq (1), doit être solide, pour exercer contre les parties qui tendent à se déplacer, une résistance convenable. Mais, comme on a pu le voir dans la partie qui précède, *à moins d'employer comme moyen solidifiant, le collodion, ou une solution de gutta-percha, substances très-chères, il faudra un certain temps pour qu'il acquière cette solidité. Pendant ce temps donc, des déplacements seront possibles, si l'on n'y obvie.* On pourra le faire en fortifiant l'appareil de cartons secs ou d'une ancienne coque solide ; mais ces moyens ne suffiront pas dans les fractures obliques de la cuisse et de la jambe, avec chevauchement opiniâtre. Là, il faut plus, il faut une véritable extension continue. On peut la produire au moyen de l'attelle de Desault, ou de celle de Boyer, ou de celle de Baud, de Louvain ; mais ces attelles ne se trouvent pas partout ; les liens qui les fixent au membre peuvent se déranger, se défaire, se relâcher. Mieux vaut faire usage des poids ou des sacs de sable ; on en suspend un au pied à l'aide d'un lacs passé autour du coude-pied ou de la jambe ; un autre est fixé à une corde attachée à une cravate qui passe sous le périnée et dans l'aîne, soit du côté sain, soit du côté malade. On peut rendre ces sacs aussi pesants que l'on veut ; l'action qu'ils exercent est continue et toujours égale, il n'y a pas de relâchement possible.

(1) Ouvrage cité, p. 310.

« Ainsi donc, *les appareils circulaires solides suffisent, dans tous les cas, à exercer l'extension et la contre-extension continues. Pendant les premières heures de leur application seulement, trente à quarante pour l'amidon, douze à seize pour la dextrine, il faut les aider par l'action de poids. Ces poids doivent rester en place pendant ce temps seulement, et non pendant tout le traitement*, comme le croit à tort M. Malgaigne. »

Ailleurs, M. Crocq dit encore : « Dans les fractures de la jambe et de la cuisse, l'extension et la contre-extension passives exercées par l'appareil *suffisent toujours* pour maintenir la longueur du membre; *mais ces propriétés n'existent complètement qu'après la dessiccation.* »

N'est-il pas évident d'après cela, que si l'appareil amidonné pouvait être instantanément desséché et solidifié, il posséderait immédiatement les conditions extensives et contre-extensives nécessaires pour lutter contre la contraction musculaire ?

N'est-il pas évident encore, que si l'on est obligé de recourir à l'extension continue à l'aide de poids ou de sacs de sable, ce n'est que pendant le temps de la dessiccation seulement, alors que l'appareil n'a point assez de consistance encore, pour maintenir le membre dans la position qu'on lui a donnée ?

S'il en est ainsi, que peut-on donc reprocher au bandage plâtré qui remplit toutes les conditions, qui se solidifie en quelques minutes, et qui en un mot constitue l'instrument le plus parfait de la méthode amovo-inamovible ?

M. Seutin a donc été bien mal inspiré quand il s'est décidé à critiquer sans motifs l'appareil que nous eussions au contraire adopté sans réserve, si nous avions eu l'honneur de créer une méthode générale applicable au traitement de presque toutes les lésions du squelette humain.

Nous l'eussions adopté avec d'autant plus de raisons, que personne n'ignore les inconvénients attachés au mode *d'extention continue* mis en usage pendant la période de dessiccation du bandage amidonné.

En effet, M. Seutin emploie « des poids considérables pendant quinze, vingt heures et plus, pour anéantir l'action musculaire... Ce moyen maintient bien la réduction, dit M. Crocq, et pèse efficacement sur les muscles contractés. *Mais* il est très-génant pour le malade, qui peut le déranger, s'en débarrasser s'il est atteint de délire ou de folie. Ce dernier inconvé-

nient lui est commun avec tous les autres. *Tous ces appareils n'exercent leur action que sur des surfaces limitées, qu'ils fatiguent, excorient et sphacèlent facilement...* »

En effet, nous avons quelque peine à comprendre que l'on vante avec enthousiasme les bienfaits d'une extension continue qui ne peut s'exercer qu'en étreignant, en tirillant un bandage humide, un bandage ramolli, et qui doit se solidifier dans les rapports défectueux qu'on lui impose. Mais il est évident que ce mode est vicieux, puisqu'il doit forcément entraîner une déformation de l'appareil et par suite de l'irrégularité dans la disposition des cartons, des pressions douloureuses sur des points qu'il est essentiel de ménager, et enfin des accidents plus ou moins graves.

« De ces nombreux inconvénients, l'appareil (*plâtré*) n'en possède aucun. Il ne se relâche jamais ; il exerce une extension continue toujours la même, toujours parfaitement en rapport avec les exigences, parfaitement graduée parce qu'elle est passive et non active. Il agit sur les surfaces les plus larges possibles ; il ne les fatigue pas ; il n'exerce de compression exagérée sur aucun point ; il est contentif ; il soutient le membre ; il ne peut se déranger ; enfin il est de tous les appareils le moins coûteux. Sa période de dessiccation ne dure que dix minutes, de sorte que jamais l'on n'a besoin d'appareils à extension continue (1). »

Il n'y a rien de neuf que le vieux, dit-on depuis longtemps : cette discussion en est une nouvelle preuve, car toutes les objections produites par M. Seutin, sont la reproduction presque littérale de celles que M. Malgaigne avait, avant lui, formulées contre le bandage amidonné. Or, l'on vient de voir que pour les réfuter, il a suffi d'opposer à M. Seutin adversaire du *procédé* hollandais, les maximes de M. Seutin auteur de la *méthode* amovo-inamovible ; que pour calmer les scrupules du noble chirurgien et de ses amis, il a suffi de rappeler les préceptes si bien recueillis, discutés et coordonnés par l'historiographe officiel de la méthode belge, par M. Crocq lui-même.

Maintenant, pour en finir avec cette discussion déjà trop prolongée, nous ne pouvons mieux faire, en persistant dans la même voie, que d'appliquer à MM. Seutin et Crocq les paroles que ce dernier consignait dans son livre à l'adresse de M. Mal-

(1) Consulter le texte de M. Crocq, page 395.

gaigne (1). « M. Malgaigne ne comprend pas le mécanisme de l'appareil qu'il critique et condamne. Ce qui le prouve, c'est qu'il dit que M. Seutin a grand soin d'unir à ses appareils l'extension permanente. Cette extension ne dure que trente-six à quarante-huit heures, le temps de la dessiccation, et ne doit pas durer plus longtemps; de cette façon pourtant, on obtient des guérisons de fractures obliques sans raccourcissement. Et l'on viendra dire après cela que cet appareil n'exerce pas une contention suffisante, et qu'il a besoin de l'auxiliaire de l'extension?... »

Concluons : le moyen le plus efficace de neutraliser, ou de prévenir la contraction musculaire, c'est de réduire immédiatement les fractures, et de les emboîter dans une coque circulaire, fixe, inextensible, et solidifiable le plus promptement possible : or, le bandage plâtré de MM. Mathijssen et Van de Loo réunit ces conditions mieux qu'aucun autre ; il doit donc être préféré, même au bandage amidonné, puisqu'il dispense toujours de l'extension continue par des forces étrangères.

Bandage plâtré et bandage ouaté.

Il n'y a rien de neuf que ce qui est vieux, disions-nous précédemment. Nous sommes forcé de le répéter encore en ce moment, bien que le proverbe lui-même soit loin d'être une nouveauté : mais la découverte de M. le professeur Burggraeve a des connexions si intimes avec tout ce qu'il y a de plus antique dans l'art chirurgical, qu'en vérité, le vieux dicton se présente à la pensée avec un air de quasi-fraîcheur.

C'est dans la séance du 2 octobre 1852 que l'Académie fut initiée au nouveau système de déligation et de pansements à l'aide d'un appareil *inamovible* construit avec de l'ouate, du carton, des bandes et de l'amidon.

Plus tard, la méthode nouvelle fut exposée avec de longs développements dans un livre que l'auteur publia sous le titre de *Génie de la chirurgie*, de sorte qu'il est possible, aujourd'hui, de se faire une idée assez exacte, et des principes sur lesquels elle repose, et des résultats qu'elle permet d'espérer.

L'Académie ayant décidé qu'elle comprendrait dans une seule et même discussion, les différentes communications qui lui ont

(1) M. Crocq, ouvrage cité, page 405.

été adressées sur le traitement des fractures, nous avons cru devoir introduire dans notre rapport les éléments qui se rattachent à cette importante question, avec des conditions d'actualité parfaitement définies ; et d'un autre côté, l'auteur ayant porté sur le bandage plâtré un jugement très-discutable, nous avons dû examiner ses opinions, et justifier les conclusions auxquelles nous croyons pouvoir nous arrêter. C'est pour ces motifs que nous nous sommes décidé à dire quelques mots de la doctrine soumise au jugement de l'Académie.

Le principe de l'inamovibilité, aussi vieux que le monde, appartient à la médecine d'instinct (1), dit M. Burggraeve, et se retrouve chez tous les peuples.... Malgré cela, cependant, *il constitue*, suivant le même auteur (2), *le progrès le plus important de la chirurgie moderne!....*

Nous nous garderons bien de discuter ce point, car ce serait nous rendre complices d'un anachronisme, à l'aide duquel on pourrait biffer d'un trait de plume toutes les notions acquises depuis un demi-siècle, en nous reportant aux temps où Larrey essayait sa première étoupe.

Cette question est jugée aujourd'hui, et nous doutons fort, que l'honorable M. Burggraeve, malgré son incontestable habileté, puisse jamais convaincre les praticiens, ou parvienne à faire oublier la méthode amovo-inamovible et ses principes si rationnels.

La communication de l'honorable professeur de Gand comprend deux parties bien distinctes ; l'une relative aux appareils ouatés proprement dits, comme moyen de contention et d'inamovibilité dans les cas de fracture ; l'autre relative aux appareils emplastiques destinés à l'occlusion des plaies.

Appareils ouatés. Pour construire un appareil ouaté, il faut :

1^o Du coton finement cardé, ou de l'ouate en couches ou feuilles non gommées ;

2^o Du carton suffisamment épais et perméable ;

3^o Des bandes roulées en toile ;

4^o De la colle d'amidon.

Ce sont, comme on le voit, les éléments ordinaires du bandage amidonné de M. Seutin, rien de plus, rien de moins : seulement la couche d'ouate est assez épaisse pour dispenser de protéger les téguments par aucun tissu, et c'est sur elle que le

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome II, page 885.

(2) *Génie de la chirurgie*, page 25.

carton s'applique et se moule grâce à la construction des bandes.

« Supposons une fracture de jambe, dit l'auteur (1).

« On commencera par disposer les attelles en carton. Au lieu de deux attelles, comme le fait M. Sommé, *nous en faisons* trois, comme le veut M. Seutin ; une postérieure sur laquelle le membre doit reposer ; deux latérales, s'adaptant exactement au pied et à la jambe jusqu'au delà du genou.

« On déchire ces attelles d'une feuille de carton, au lieu de les couper, ce qui rend les bords trop tranchants. Ensuite on les mouille en y passant une éponge. Si le carton était trop cassant, on y collerait une bande de papier ou de toile.

« Chaque attelle est ensuite matelassée *d'une couche d'ouate d'une épaisseur de quelques centimètres*. Le but de cette épaisseur est non-seulement de mettre le membre à l'abri de la constriction, mais de donner de l'élasticité à la coque, en la serrant fortement.

« Les bandes roulées doivent être en toile solide, et la pâte d'amidon bien liée. »

Jusque-là, M. Burggræve n'a rien à revendiquer dans les éléments de son bandage, car il les a tous empruntés à M. Seutin, et n'a même pas modifié la préparation que le chirurgien de Saint-Pierre leur fait subir.

« Ces dispositions étant faites, on procède à l'application de l'appareil.

« Le malade étant couché sur un plan horizontal et résistant, on fait faire l'extension et la contre-extension.

« Le redressement du membre étant opéré, et le chirurgien s'étant assuré que les fragments sont bien coaptés, on glisse l'attelle postérieure sous la jambe légèrement soulevée par les aides, et on l'y laisse reposer. On applique ensuite les attelles latérales, et on serre fortement le tout au moyen de la bande roulée. L'ouate ne laisse aucune crainte à cet égard ; *plus la bande est serrée, plus la coque aura d'élasticité et de consistance* ; plus aussi le blessé sera soulagé.

« Les tours de bande sont continués jusqu'au delà du genou, et on achève le pansement en passant sur les doloires extérieures une couche de pâte d'amidon, dans le seul but de les empêcher de se défaire.

(1) *Génie de la chirurgie*, page 47.

« Dès que l'appareil est appliqué, *le blessé ne sent plus son membre qui est engourdi, et les orteils bleuissent légèrement.* Il ne faudrait s'inquiéter de ces symptômes que s'ils allaient en augmentant, et si l'insensibilité devenait complète.

« Nous devons dire que cela ne nous est jamais arrivé, et que nous n'avons pas été *une seule fois* dans le cas de devoir enlever l'appareil... »

Vient ensuite l'énoncé de soixante-sept observations dans lesquelles l'appareil ouaté a été appliqué franchement, sans hésitation, quel que fût l'état des parties; qu'elles fussent tuméfiées, endolorées, enflammées, qu'il y eut torsion, écrasement, plaie, etc.

De pareils résultats ont certainement une signification que nous nous garderons d'amoindrir : aussi nos éloges ne feront pas défaut à notre honorable collègue pour la manière large et hardie qu'il a introduite dans le traitement des fractures simples ou compliquées, et pour les succès éclatants qui ont couronné ses premiers essais.

Mais, d'un autre côté, nous ne pouvons nous dispenser de faire les réserves les plus formelles sur différents points, tels que :

- A. La généralisation absolue de l'inaMOVIBILITÉ;
- B. Les propriétés contentives de l'appareil ouaté inamovible;
- C. La portée de l'occlusion complète des lésions de tissus occasionnées par des accidents qui déterminent les différents ordres de fractures.

L'inaMOVIBILITÉ absolue des appareils de contention n'offre aucun avantage, tandis qu'elle entraîne mille inconvénients connus et parfaitement définis. Les discussions qui se sont produites dans ces derniers temps, les ont signalés au point qu'il serait fastidieux d'y revenir encore, et M. Crocq (1) les a résumés naguère avec un à propos qui nous dispensera de longues explications.

« Le principe fondamental qui préside au traitement des fractures, c'est, dit-il, *l'immobilité de l'organe malade*, et pas du tout *l'inaMOVIBILITÉ*. L'inaMOVIBILITÉ n'est qu'un moyen de réaliser l'immobilité, et tous les moyens qui la réaliseront seront conformes au principe. Or, l'amovo-inaMOVIBILITÉ la réalise au

(1) *Journal de médecine de Bruxelles*, 1853, tome I, page 248.

moins aussi bien ; car lorsqu'on visite le membre, on peut, en suivant strictement les préceptes de M. Seutin, ne pas lui imprimer le moindre mouvement, la moindre secousse. J'ai dit qu'elle réalisait au moins aussi bien l'immobilité ; j'aurais dû dire qu'elle la réalisait mieux, puisqu'elle permet de resserrer l'appareil aussi souvent qu'on le juge convenable. »

Les propriétés contentives de l'appareil ouaté inamovible sont loin de nous être démontrées, et dans cette circonstance nous pouvons émettre des doutes d'autant plus légitimes qu'ils sont justifiés par une expérience déjà longue. Depuis 1840, nous avons adopté franchement l'emploi de l'ouate dans le traitement des fractures ; et dans tous les cas qui se sont présentés à notre observation, nous avons varié nos essais de façon à arriver enfin à un mode qui répondit aux indications principales. Eh bien ! nous sommes forcé de l'avouer, jamais nous n'avons pu obtenir un appareil ouaté qui pût être abandonné à l'inamovibilité absolue. Toujours il s'y est produit un vide, parfois considérable ; le bandage cessait de maintenir les fragments, de sorte que pour conserver la coaptation, nous étions obligé d'inciser et de resserrer les valves. Dans ce cas encore, nous devons donc nous rallier en tous points aux observations présentées par M. Crocq sur le rôle que joue l'ouate emprisonnée dans un bandage circulaire solide.

« L'ouate employée en couches suffisamment épaisses, dit M. Burggraeve (1), s'adapte exactement à tous les contours du membre, et par son élasticité, le suit dans son retrait ; de sorte que, quel que soit le gonflement primitif et le dégonflement qui y succède, il ne se forme jamais de vide qui force d'inciser la coque, soit pour diminuer les valves, soit pour les faire chevaucher. »

Nous avons certainement foi dans les paroles et dans les écrits de l'honorable M. Burggraeve, et en toute circonstance, nous serons heureux de lui donner des preuves d'estime et de déférence ; mais en ce moment, nous sommes forcé de déclarer que l'affirmation de notre collègue se trouve complètement opposée à ce que nous avons observé et constaté en maintes circonstances : nous sommes donc obligé de combattre sa manière de voir.

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome II, page 888.

M. Burggraave se fait une idée tout à fait fausse de l'action de l'ouate, quand il la croit susceptible de suivre le retrait du membre *quel que soit le gonflement primitif et le dégonflement qui y succède*.

L'ouate jouit de certaine élasticité, cela est vrai, mais c'est à la condition expresse, que l'air contenu dans ses vacuoles n'en sera point expulsé par compression. Une fois comprimée, cette substance perd son ressort, elle s'aplatit et ne se relève plus. Nous avons donc quelque peine à comprendre que M. Burggraave ait pu écrire que dans son bandage ouaté « il ne se forme jamais de vide qui force d'inciser la coque, soit pour diminuer les valves, soit pour les faire chevaucher. » Nous avons toujours remarqué, au contraire, que dès le deuxième ou le troisième jour, l'ouate s'est affaissée au point de constituer une plaque feutrée, homogène, et d'autant plus serrée, que la constriction primitive avait été plus forte.

Ainsi, en supposant que nous eussions entouré la jambe avec une feuille d'ouate d'un centimètre au plus d'épaisseur ; dès le lendemain ou le surlendemain il s'était produit un vide assez considérable pour permettre l'introduction dans le bandage d'un, et parfois de deux doigts.

Que l'on juge maintenant des proportions de ce vide quand le membre est entouré d'un matelas de plusieurs centimètres d'épaisseur ? A la vérité, *l'on serre fortement le tout au moyen de la bande roulée*, mais cette précaution elle-même ne produit qu'une striction momentanée et tout à fait illusoire : M. Burggraave l'avance, et le déclare de la manière la plus précise quand il dit (1) : « Dès que l'appareil est appliqué, le blessé ne sent plus son membre qui est engourdi, et les orteils bleuissent légèrement.... Au bout de peu d'instants, *l'engourdissement a cessé, et la circulation est redevenue libre !...* » Mais si l'engourdissement a cessé, et si la circulation s'est rétablie *au bout de peu d'instants*, c'est que la cause de ces phénomènes a disparu, c'est que la compression a cessé ; c'est enfin que l'ouate s'est tassée, s'est aplatie pour ne plus réagir : la conséquence est impitoyable. Par conséquent aussi, un vide s'est déjà produit dans l'appareil, et dès ce moment la contention des fragments est fortement compromise. C'est ainsi que les choses se

(1) *Génie de la chirurgie*, page 48.

passent ; c'est ainsi qu'elles doivent se passer, et toutes les explications les plus habiles ne feront pas qu'il en soit autrement.

Mais, dira-t-on, M. Burggraeve compte de brillants succès, et les faits bien observés constituent un ordre d'arguments dont la logique brutale défie toute discussion. Cela est généralement vrai, nous le confessons. Toutefois, nous rappellerons que l'on a obtenu des résultats heureux par toutes les méthodes, même par les plus défectueuses, et que l'on a guéri des fractures sans recourir à aucune espèce d'appareils. Cependant, personne ne songera à conclure de là, qu'il soit indifférent d'employer tel ou tel mode sans en calculer la valeur ; personne ne prétendra qu'il soit sans avantage de viser au progrès, et de s'arrêter aux procédés les plus sûrs. Eh bien ! s'il en est ainsi, nous déclarerons sans détour que le mode de contention proposé par M. Burggraeve, *avec la restitution complète de l'inamovibilité*, offre trop d'inconvénients pour que nous puissions l'accepter.

Nous avons précédemment insisté sur les avantages de la contention circulaire, inextensible par les appareils solidifiés : nous ne pouvons donc accorder des éloges à un bandage qui tend à nous ramener à la *contention latérale par des attelles* qui en réalité ne compriment que certains points limités, sans peser sur l'intervalle qui les sépare.

En résumé, l'appareil ouaté de l'honorable M. Burggraeve n'est qu'une imitation défectueuse de l'appareil amidonné de M. Scutin, ayant *en plus* l'inamovibilité absolue, et beaucoup trop d'ouate, tandis qu'il possède *en moins* la compression circulaire, l'amovo-inamovibilité, et par conséquent la certitude d'une contention parfaite, surtout dans les fractures obliques et dans tous les cas où il faudra lutter contre la contraction musculaire. Or, comment profiter des bienfaits de la déambulation, si l'on ne peut compter sur l'immobilité absolue des fragments ?

Tous ces inconvénients ne se retrouvent point dans les bandages plâtrés de MM. Mathijssen et Van de Loo, car ils s'appliquent avec une exactitude merveilleuse, ils se moulent intimement sur les parties, ils exercent une contention parfaite en emboitant le membre sur tous ses points, ils ne subissent ni retrait ni dilatation, et mieux qu'aucun autre, ils se prêtent à l'occlusion hermétique des solutions de continuité, sans exposer le patient à l'horrible puanteur que dégage le matelas ouaté imprégné de suppuration.

M. Burggraeve a tenté quelques essais avec le bandage plâtré, mais ces essais ont été malheureux, si nous en jugeons par la relation qu'il a publiée (1). En cela le chirurgien gantois n'a pas été plus favorisé que MM. Joly (2), De La Coste (3), Uytterhoeven (4), et tant d'autres qui n'ont eu pour se guider que la brochure hollandaise de M. Mathijssen : or, nous devons avouer que cet écrit n'était point de nature à faire bien connaître les procédés proposés par l'auteur, et nous ajouterons qu'il laissait trop à désirer pour pouvoir convaincre les chirurgiens.

Du reste, à cette époque, l'idée du bandage plâtré n'était encore qu'à l'état rudimentaire; on ne l'avait point mûrie, personne ne connaissait les importantes modifications que ce genre d'appareils a subies en passant par les mains réunies de MM. Mathijssen et Van de Loo. On ne connaissait point surtout les communications intéressantes que ce dernier nous a adressées, et l'on n'avait point senti l'influence de son apostolat scientifique. Maintenant, au contraire, tout est clair et précis, tous les procédés sont parfaitement décrits, et l'on peut être assuré du succès si l'on se conforme aux indications qu'il a posées.

Il n'est donc pas étonnant que M. Burggraeve ait porté un jugement peu favorable à cet ordre d'appareils. En réalité, il ne les connaissait point, et c'est pour cela qu'il les a réprouvés. Mieux informé aujourd'hui, il imitera sans doute M. Seutin, et se fera un devoir de rendre publiquement hommage à un mode de déligation qui se prête à toutes les vues du chirurgien, qui répond à toutes les exigences de la méthode amovo-inamovible. Les appareils ouatés trouveront également en lui un auxiliaire précieux, mais ce n'est là qu'un de ses moindres avantages, car, comme l'a fort bien dit M. Crocq (5), ce n'est point là un progrès de bon aloi.

(1) *Génie de la chirurgie*, page 118.

(2) *Journal de médecine de Bruxelles*, 1853, tome I, page 185; tome II, page 178.

(3) *Archives belges de médecine militaire*, 1852.

(4) *Journal de médecine de Bruxelles*, 1854, tome I, page 253.

(5) *Journal de médecine de Bruxelles*, 1853, tome II, page 448. « Tandis que M. Burggraeve accumule des couches d'ouate autour du membre, M. Mathijssen cherche à supprimer même les remplissages dont nous garnissons les saillies osseuses et tendineuses. Voilà la voie du progrès; le bandage ouaté est, au contraire, un pas en arrière. »

Fractures compliquées et occlusion hermétique des plaies.

« Dans les fractures compliquées de plaies qui résultent de la sortie des fragments, dit M. Burggraave (1), ceux-ci étant réunis, et la plaie débarrassée des esquilles ou des corps étrangers, *on applique l'appareil sans s'embarrasser de la plaie, à moins que des suppurations ou des nécroses consécutives ne nécessitent d'ouvrir la coque, ou de la fenêtrer pour les besoins des pansements.* »

Ce passage extrait de la communication faite à l'Académie, contient deux formules distinctes, sur lesquelles nous devons fixer notre attention, car elles renferment toute la doctrine *pratique* de M. Burggraave, bien qu'elles soient en opposition avec les prémisses théoriques sur lesquelles le professeur gantois s'appuie pour établir une méthode nouvelle.

La première, c'est que dans les fractures compliquées de plaies, *on doit appliquer l'appareil ouaté sans s'embarrasser de ces plaies.* Or, comme l'appareil de M. Burggraave a surtout la prétention de *restituer l'inamovibilité* absolue, il s'ensuit que les plaies doivent être *forcément* soumises à l'occlusion hermétique.

La seconde prévoit le cas où *des suppurations et des nécroses nécessitent l'ouverture de la coque ou l'établissement de fenêtres.* Or, ouvrir un bandage inamovible ou le fenêtrer, c'est recourir à l'amovo-inamovibilité de M. Seutin, et par conséquent c'est abandonner l'inamovibilité dont on a trop tôt vanté les bienfaits.

Mesurons donc la portée de ces deux formules.

L'occlusion hermétique des plaies qui compliquent les fractures n'est pas une nouveauté, loin de là ; c'est même une pratique jugée par l'expérience et condamnée par tous les bons observateurs, à cause des dangers formidables qu'elle fait courir aux blessés, surtout dans les hôpitaux, où l'on n'a que trop souvent à lutter contre l'infection purulente. On cite à la vérité l'exemple de Larrey, et les succès obtenus par sa méthode pendant les guerres de l'Empire ; mais on est bien convaincu aujourd'hui, que ces succès constituent des exceptions heureuses sur lesquelles il serait imprudent de compter pour formuler

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome II, page 898.

une règle générale. Le pansement des plaies par occlusion hermétique et par l'inamovibilité est donc une pratique dangereuse que l'on tenterait vainement de réhabiliter.

C'est cependant ce que l'honorable M. Burggraeve a cherché par ses dernières publications. On va le voir.

« Voici maintenant, dit-il (1), comment on remplit les indications que les fractures compliquées peuvent présenter.

« I. S'il y a plaie par division simple ou *par déchirure*, on la déterge avec soin, et *on rapproche ses bords au moyen d'une couche d'ouate*, que l'exsudation plastique fait bientôt adhérer à la peau ; c'est le meilleur des agglutinatifs qui n'a pas les inconvénients des emplâtres ordinaires. On applique ensuite l'appareil comme s'il n'y avait pas de plaie.

« Si une exsudation se fait à travers l'appareil, on ne s'en inquiète point, à moins qu'elle ne soit très-considérable ; il faudrait alors en rechercher la cause.

« II. S'il y a épanchement de sang, sans plaie, ou anévrisme traumatique diffus, on se hâte d'appliquer l'appareil, et de le serrer fortement à travers la couche d'ouate. L'épanchement s'arrête et se circonscrit.

« III. S'il y a hémorragie avec plaie, on commence par s'assurer de la source du sang : si celui-ci est artériel ou veineux. Ce dernier s'arrêtera de lui-même par l'application de l'appareil.

« Quand c'est une artère... on en lie les deux bouts.

« IV. Si l'os fait saillie, on examine dans quel état il est, si le périoste est intact, s'il est enlevé ou fortement contus. Dans ce dernier cas, on fait la section des fragments, afin de ne pas avoir affaire à une nécrose. La réduction étant opérée, *on ferme hermétiquement l'appareil*. On peut espérer que la suppuration n'aura pas lieu, à cause de l'exclusion de l'air...

« V. Dans les plaies avec écrasement, il y a d'abord à examiner si l'amputation doit être pratiquée immédiatement, ou s'il y a lieu de tenter la conservation du membre. Si on se décide pour ce dernier parti, *on n'a d'autre ressource que dans l'application immédiate de l'appareil.* »

Telle est la doctrine de M. Burggraeve relativement à l'*occlusion* et à l'*inamovibilité* des plaies qui compliquent les fractures. Pour notre honorable collègue, ce ne sont plus les panse-

(1) *Génie de la chirurgie*, page 50.

ments rares vantés par Verduc, par Belloste, et adoptés avec les réserves les plus sages par Dupuytren ; c'est l'abandon complet des lésions les plus graves au milieu d'un paquet d'ouate, dont l'action est censée assez puissante pour empêcher la suppuration, et pour déterminer l'organisation immédiate de la lymphe plastique.

Pareil résultat a pu être obtenu sans doute, quand une plaie très-simple et très-nette a été produite en même temps qu'une fracture ; c'est ce que tous les chirurgiens ont observé, c'est ce que nous avons vu en plus d'une circonstance, et pour cela il n'est nullement besoin de l'intervention des appareils ouatés ; mais compter sur cette marche facile et normale à la suite d'accidents dans lesquels il y a eu contusion, dilacération, arrachement des tissus, c'est se faire une illusion que nous ne pourrions partager, car la physiologie pratique nous interdit de telles espérances.

C'est pour cela que nous comprenons peu que M. le professeur Burggraave ait pu écrire que (1) « l'un des avantages de l'appareil inamovible, tel que l'employaient les peuples primitifs, c'est de ne devoir être ouvert, même quand il y a des plaies, ces dernières guérissant d'elles-mêmes par mode plastique. Ce résultat est dû à exclusion de l'air. Une plaie qu'on peut abriter contre cet agent ne suppure point, même quand elle n'est pas réunie par première intention. On en a la preuve dans les sections sous-cutanées. Les fenêtres doivent donc être évitées. Elles engagent à y voir et exposent la lésion à une foule d'accidents, dont le plus grave est la suppuration. »

Il faut en vérité, que notre savant collègue ait été en proie à d'étranges préoccupations pour mettre sur la même ligne les *sections sous-cutanées* et les *plaies extérieures produites par contusion, par arrachement* et compliquant des ruptures osseuses. Certes, il n'est guère possible d'espérer qu'après de pareilles violences, l'action vitale qui préside à la régénération des tissus, puisse se renfermer dans les bornes de toute formation organique normale, sans revêtir aucun des caractères pathologiques de l'inflammation, sans subir aucune de ses conséquences.

Ne sait-on pas que les lésions les plus compromettantes pour la vie, ont existé précisément avec l'intégrité parfaite de la peau ?

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome II, page 887.

Ne sait-on pas que des contusions même légères ont donné lieu à des suppurations profondes? Comment donc prétendre, en se plaçant au point de vue choisi par M. Burggraeve, *qu'une plaie qu'on peut abriter contre l'air ne suppure point, même quand elle n'est pas réunie?*

Après cela, quel est le chirurgien qui osera suivre le précepte relatif à cette occlusion hermétique, alors que cette pratique exposerait, comme le dit M. Crocq, à trouver le membre creusé par des clapiers qui auraient disséqué les muscles, isolé et nécrosé les os, et produit des désordres irréparables, en supposant toutefois que le malade n'eût point succombé d'avance aux accidents de l'infection?

L'occlusion hermétique des plaies n'a donc rien de séduisant en théorie; elle n'offre que des dangers dans la pratique. C'est pour cela qu'on l'a abandonnée, et qu'on lui a substitué les pansements rares avec occlusion partielle au moyen d'un appareil emplastique. Il en sera bientôt question.

M. Burggraeve n'a pas encore été jusque-là, puisqu'il conserve ce mode de pansement pour tous les cas où il applique son appareil ouaté. Cependant, il a également fait un pas en avant, en adoptant un appareil emplastique inamovible et à syphon, à propos duquel il s'exprime de la manière suivante (1) :

« Nous nommons appareils emplastiques ceux auxquels leur imperméabilité permet de ne pas se laisser pénétrer par la suppuration, et de ne devoir être renouvelés qu'à des intervalles éloignés, réalisant ainsi jusqu'à un certain point le principe de l'inamovibilité dans le traitement des plaies et des ulcères.

« Les nombreuses plaies par arrachement que nous recevons dans notre service, et le désir de conserver à de malheureux ouvriers des parties de membres indispensables à leur existence, nous ont porté, il y a quelques années à confectionner des espèces de coques de diachylum, coques qui tout en empêchant le contact de l'air conservent aux parties mutilées leur forme et leur direction. »

« On comprend que ce sont surtout les plaies par arrachement ou écrasement de la main que nous avons eues en vue. Ces plaies suppurant longuement à cause de l'élimination des eschares et des pertes de substance qui doivent se réparer par bourgeonnement, nous avons dû avant tout, chercher les moyens

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome II, page 907.

de donner issue au pus sans avoir à recourir à des pansements réitérés. Pour cela nous avons imaginé la mèche ou le syphon. »

Voici maintenant comment M. Burggraeve confectionne sa coque emplastique. Prenons pour exemple la main blessée par des engrenages, le pouce écrasé, les articulations phalangiennes ouvertes, et les condyles phalangiens séparés.

« Pour tirer parti de cette main mutilée, dit l'auteur, plusieurs indications étaient à remplir. Il fallait : 1^o prévenir l'inflammation ; 2^o opérer le dégagement et hâter l'élimination des eschares ; 3^o diriger la cicatrisation et conserver aux doigts leur direction et leur usage ; 4^o enfin, panser aussi peu que possible, afin d'exclure l'air et de conserver l'inamovibilité. Voici comment nous procédâmes : les parties dilacérées furent relevées au moyen de bandelettes cératées dont je les entourai circulairement afin d'établir une occlusion aussi complète que possible. La main et l'avant-bras enveloppés de compresses et d'une bande roulée médiocrement serrée, furent plongés ensuite dans un bain froid. Un engourdissement douloureux qui s'étendit jusqu'à l'épaule et donna à la blessée des frissons, nous força de les en tirer. Nous eûmes recours alors à un bain d'eau tiède prolongé et renouvelé matin et soir. Cette immersion réussit à merveille, car la main revenue de sa stupeur, se détendit et au bout de quelques jours se dégorgea complètement. La suppuration étant bien établie, nous jugeâmes le moment favorable pour l'application de l'appareil inamovible. Ne pouvant employer l'ouate ni le carton à cause du pus, nous nous servîmes du diachylum.

« Préalablement, j'appliquai sur toute la longueur des doigts meurtris, et directement sur les plaies, une bandelette en toile, afin de faire office de syphon. De petits cylindres de diachylum furent ensuite posés le long des doigts en forme d'attelles, et maintenus par des bandelettes agglutinatives. Je formai ainsi une coque imperméable d'au-dessous de laquelle le pus pouvait filtrer le long des syphons, dont les extrémités furent placées au milieu d'un gâteau de charpie afin de recueillir les liquides. Il suffit de changer cette charpie chaque jour et de renouveler les compresses et la bande extérieures. Quant à la coque, elle resta en place pendant huit jours. L'ayant incisée alors sur la sonde cannelée, nous trouvâmes les plaies vermeilles..... Au bout d'un mois la blessée put reprendre son travail.

« On peut combiner le pansement emplastique avec l'ap-

pareil ouaté. Le but de ce pansement mixte est de maintenir l'inamovibilité, et de rendre les pansements aussi rares que possible, circonstance importante dans les fractures compliquées qui suppurent. »

Telles sont les idées de M. le professeur Burggraefe relativement au traitement des plaies qui compliquent les fractures ; tels sont les moyens nouveaux qu'il met en œuvre pour en obtenir la cicatrisation. Certes, si nous n'avions qu'à juger le praticien, qu'à apprécier l'habileté, le tact exquis dont il fait preuve dans l'administration des secours de son art, notre tâche serait aussi facile qu'agréable, car nous n'aurions que des éloges à donner à notre savant collègue, nous n'aurions qu'à lui adresser des félicitations sur le parti qu'il sait tirer des ressources d'une thérapeutique chanceuse ; mais là ne se borne point notre tâche et c'est d'un point de vue plus élevé que nous devons envisager la question.

C'est sous le titre de *Nouveau système de pansements inamovibles* que M. Burggraefe a soumis ses idées à l'Académie, c'est aussi sous ce point de vue de la *nouveauté* qu'il nous reste à examiner si effectivement le système proposé répond à la qualification qu'on lui a donnée.

Nous avons ramené le bandage ouaté à son origine véritable, nous n'avons donc plus à nous en occuper.

Quant aux appareils emplastiques, peu de mots suffiront pour en rappeler l'histoire.

C'est de l'Angleterre que nous est venue l'idée d'employer la compression par les bandelettes agglutinatives pour modérer l'abondance de la suppuration et pour hâter la cicatrisation de certaines plaies.

Wideman avait d'abord conseillé les bas lacés, que Underwood remplaça par la compression plus méthodique du bandage roulé. Mais c'est à Baynton surtout que nous devons les premiers préceptes sur l'emploi des bandelettes emplastiques comme agents des pansements compressifs et rares.

On connaît les admirables succès obtenus par cette méthode si simple ; toutefois, on s'aperçut bientôt que la peau restée saine, finissait par s'irriter à la suite du contact prolongé des liquides produits par les plaies, et l'on dut songer à la protéger contre ce genre d'attaque. Astley Cooper interposa donc entre l'ulcère et les bandelettes, un plumasseau enduit de cérat, et recouvrit d'une feuille de plomb très-mince. Syme recouvrit la surface

suppurante d'un gâteau de charpie imbibé d'eau fraîche, et l'assujétit par les bandelettes. D'autre part, Baynton lui-même avait déjà recommandé de placer sous l'emplâtre adhésif, un morceau de cuir doux et souple, afin d'enrayer les progrès de l'ulcération.

C'étaient donc autant de syphons élémentaires que ces illustres chirurgiens adaptaient à leurs appareils, et nous pouvons comprendre qu'ils étaient plus que suffisants pour procurer une issue facile à la suppuration.

Maintenant, que fait M. Merchie pour *conduire* les liquides hors de l'appareil amidonné, quand il existe une fracture compliquée de plaie ? « Pour moi, dit-il (1), la méthode par occlusion est essentiellement liée à l'application du bandage amidonné.

« Je n'ai l'habitude d'ouvrir le bandage que le moins souvent possible, et pour ainsi dire, lorsque je ne puis plus faire autrement. C'est surtout lorsque le membre ayant diminué de volume, des vides se sont établis entre lui et l'appareil, qui peuvent permettre aux fragments de se déplacer. *Quant au pus, s'il survient dans la plaie qui complique la fracture, je préfère lui donner issue dans une partie éloignée, soit à l'aide de la position, soit au moyen d'une bandelette conductrice placée dans la partie la plus déclive du bandage.* »

Voilà bien encore l'idée du *syphon*, parfaitement définie, réalisée et appliquée aux appareils soi-disant inamovibles.

Après cela, M. Burggraefe peut-il encore se croire autorisé à dire qu'il a *imaginé la mèche ou le syphon* ? C'est ce que nous n'avons pas mission de rechercher.

Disons seulement qu'après les beaux travaux de De Lavacherie il n'est guère permis de réclamer une priorité quelconque relativement à l'emploi des bandelettes emplastiquées comme moyen de compression. Nos souvenirs sont encore trop récents, et tous nous savons que c'est au chirurgien liégeois qu'appartient l'honneur d'avoir érigé en méthode, une pratique que les plus hardis qualifiaient de téméraire, alors qu'ils ne l'avaient point expérimentée, et qu'ils n'avaient même aucune idée de l'importance des services qu'elle devait rendre à la chirurgie.

Quoi qu'il en soit, les appareils emplastiques plus ou moins permanents ou inamovibles ne sont plus une nouveauté. Nous l'avons dit, nous le répétons, car outre les travaux de De La-

(1) *Archives belges de médecine militaire*, 1851, tome VII, page 10.

vacherie, on connaît ceux de M. Philippe Boyer et surtout ceux de M. Chassaignac qui sont dans les mains de tous les praticiens.

Depuis 1843, M. Chassaignac s'est occupé sérieusement des pansements emplastiques, rares, ou par occlusion, et a particulièrement recherché l'influence qu'ils peuvent avoir sur le traitement des grandes lésions.

C'est ce que prouvent les communications qu'il a successivement adressées à l'Institut, puis aux différents recueils périodiques; c'est ce que prouve aussi le mémoire publié en 1852 par M. Trastous (1), mémoire qui présente un résumé complet des idées du chirurgien de Saint-Antoine sur le pansement des plaies qui compliquent les fractures des membres et particulièrement sur les soins à donner aux personnes atteintes de grandes dilacérations des mains et des doigts.

Le moment est donc arrivé d'établir un rapprochement entre la méthode de M. Burggræve et la pratique de M. Chassaignac; mais pour abrégé, nous imiterons l'auteur gantois en nous bornant à l'examen des lésions graves de la main.

« Une plaie des parties molles, avec fracture ou écrasement d'os étant donnée, dit M. Trastous, qu'elle soit récente ou ancienne, qu'elle communique ou qu'elle ne communique pas avec le foyer de la fracture, qu'elle soit contuse ou non contuse, on construit sur la partie blessée une cuirasse avec des bandelettes de sparadrap de diachylon qui se recouvrent par imbrication. Préalablement, la réduction de la fracture est faite, quand elle est possible; à peine ai-je besoin de le dire. *Dans aucun cas de plaie récente, les bandelettes ne doivent être placées en sens circulaire*; mais c'est particulièrement pour les plaies qui accompagnent les fractures qu'il faut se garder de les placer ainsi.

« Si c'est un doigt écrasé qu'on doit panser, on prend des bandelettes très-étroites, on les pose d'abord dans le sens longitudinal, de manière à recouvrir tout le doigt comme d'une *cloche*; puis on applique d'autres bandelettes un peu moins étroites par-dessus les premières; on les dirige toujours un peu obliquement, en allant de bas en haut, et on les croise entre elles.

« On conçoit facilement le motif de ces précautions dans l'arrangement des bandelettes: on évite ainsi que par suite de l'in-

(1) *Archives générales de médecine*, mai 1852.

inflammation qui peut survenir, il n'y ait des douleurs et des accidents d'étranglement. La plaie est dès lors couverte d'une enveloppe protectrice, d'une cuirasse très-solide : c'est le pansement *interne et immédiat*.

« On complète le pansement avec un linge criblé de trous, enduit d'une épaisse couche de cérat, et dépassant de toutes parts la cuirasse, puis de la charpie, des compresses, etc. ; tout cela constitue le pansement externe.

« M. Chassaignac attache une certaine importance à ce que le linge troué ou fenêtré soit enduit d'une épaisse couche de cérat et soit plus large que la cuirasse. C'est, en effet, le moyen d'entretenir celle-ci toujours molle et souple, et de permettre au pus de s'insinuer entre les bandelettes ou vers leur pourtour, de manière à se faire absorber toujours par le pansement externe ; autrement le pus, ou bien serait retenu, ou bien irait souiller le bandage, se putréfierait à l'air, incommoderait le malade et ceux qui l'approchent, et nécessiterait un pansement plus fréquent.

« Le pansement par occlusion doit rester en place pendant *huit à dix jours*. Si le malade souffre, si la suppuration souille l'appareil ou le pansement, on renouvelle les pièces *extérieures* jusqu'au linge cératé inclusivement. S'il y a quelque chose à craindre, on enlève la cuirasse, sinon l'on se borne à en laver la surface..... à l'aide d'une sonde cannelée sur laquelle on conduit les ciseaux destinés à diviser le sparadrap. On lave la surface de la plaie, on la touche légèrement avec une solution d'azotate d'argent (au trentième), et l'on reconstruit un pansement nouveau. »

Tel est le pansement *par occlusion*, adopté par M. Chassaignac ; comme on le voit, c'est de l'occlusion sans occlusion ; c'est une occlusion débarrassée de ses dangers, une occlusion avec *souape de sûreté*, s'il est permis d'employer cette comparaison.

« Il est facile de sentir maintenant, ajoute M. Trastous, ce qui distingue ce mode, des dangereux procédés d'occlusion inventés jusqu'ici par les partisans des pansements rares. *Si ces procédés donnaient quelquefois des résultats merveilleux, d'autres fois, ils avaient des conséquences tellement déplorable, qu'aucun chirurgien n'osait plus les employer ;* ils disparaissaient avec leurs auteurs, souvent même avant eux, tant étaient graves les périls au prix desquels on pouvait rechercher leurs avantages ! »

L'expérience a jugé la pratique de M. Chassaignac qui depuis plus de dix ans traite les fractures compliquées de plaies et les dilacérations de la main, à l'aide des pansements par occlusion, et pendant tout ce temps les succès paraissent avoir été la règle constante.

Maintenant il nous reste à demander à l'honorable M. Burggraeve ce qu'il peut y avoir de *nouveau* dans son *nouveau système de pansements inamovibles*.

L'inamovibilité? Elle est vieille comme le monde, et on l'a abandonnée à cause de ses dangers et de son insuffisance.

Le bandage ouaté? C'est l'appareil de M. Seutin avec l'ouate employée d'abord par MM. Frédéricq, Merchie, et par nous qui l'avons constamment appliquée depuis 1840, sans avoir cru pour cela créer une innovation bien remarquable.

La coque emplastique? Mais depuis 1842 la *cloche* de M. Chassaignac est connue, et celle-ci a l'avantage sur le pansement de M. Burggraeve de ne jamais *êtreindre circulairement* la partie blessée.

Reste enfin le *syphon*? Nous avons signalé son origine, cela doit suffire. Cependant, nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter que M. Burggraeve a été parfaitement inspiré en prescrivant l'emploi de la mèche, dans tous les cas où l'on construit un appareil emplastique destiné à rester plusieurs jours en place. Nous avons adopté cette pratique pour les armuriers et pour la généralité des ouvriers feronniers, qui, par état, sont disposés aux ulcérations des jambes, et nous reconnaissons que ce syphon conducteur de la suppuration, est le complément indispensable de la méthode de Baynton.

Un mot encore, et nous finissons.

Les appareils de M. Burggraeve, et ses derniers écrits, ont provoqué de nombreuses réclamations, ont suscité une critique vive et directe qui a été jusqu'à contester et les appréciations de l'écrivain et même *l'interprétation des faits*.... Nous avons renoncé à cette partie de la discussion, parce que nous n'avons point pour habitude d'aborder le côté personnel des questions scientifiques, et que d'ailleurs c'est à M. Burggraeve seul qu'il appartient de donner les explications réclamées par d'honorables susceptibilités...

M. Burggraeve trouvera notre jugement sévère, peut-être? La faute n'en est pas à nous, qui n'avons fait que réfléchir l'impitoyable vérité. Nous nous sommes basé sur la justice la plus

impartiale, et force nous a été d'attribuer à chacun ce qui lui appartient légitimement : *cuique suum!* c'est notre devise; nous ne la trahirons jamais, ni au profit de l'étranger, ni au profit de nos compatriotes! Puissent tous les écrivains nous comprendre, et ce qui vaudrait mieux, nous imiter à l'occasion.

Modifications proposées.

Dans l'examen qui précède nous avons discuté la valeur thérapeutique des appareils plâtrés, comme *procédé* généralement applicable aux indications de la *méthode* amovo-inamovible, mais nous n'avons ajouté aucune réflexion critique sur la construction même de ces appareils. Le moment est venu d'en dire quelques mots.

Pour préparer leurs appareils *roulés* ou à *bandelettes*, MM. Mathijssen et Van de Loo conseillent d'étendre sur une table un morceau de coton exempt d'amidon, ou de linge à demi usé, sur lequel on étale le plâtre en poudre sèche, pour le faire pénétrer ensuite dans la trame en frottant à pleine main. L'une des faces du tissu étant ainsi plâtrée, on le retourne et l'on agit de la même façon pour l'autre côté; puis sans désemperer on taille les bandes et bandelettes que l'on enroule légèrement et que l'on peut conserver pour l'usage.

Cette manière de procéder est bonne sans doute, mais elle a l'inconvénient de faire perdre au tissu une partie du plâtre qui s'y est attaché, et qui adhère trop peu pour résister aux secousses qu'on lui imprime d'abord en le retournant tout d'une pièce, et en second lieu en découpant les bandes. Il en résulte donc que si le plâtre est parfaitement sec, il est en partie secoué, et l'on n'obtient que des bandes maigres.

Nous agissons différemment, et nous croyons que l'on fera bien de nous imiter.

Dans une pièce de calicot à trame peu serrée, et préalablement dépouillé de tout apprêt par le lavage, nous taillons des bandes ou des bandelettes appropriées à l'usage auquel nous les destinons.

Nous les étendons ensuite sur une table, ou sur une simple planche, en les superposant de façon qu'elles se couvrent exactement.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que ces bandes doivent être

parfaitement sèches, pour recevoir une quantité suffisante de plâtre.

Alors prenant le plâtre à pleine main, nous en saupoudrons la première bande, et le faisons pénétrer dans le tissu en frottant largement, et toujours dans le même sens.

Ce côté étant ainsi préparé, nous retournons doucement la bande et agissons de même sur l'autre face; puis la bande est roulée mollement, au fur et à mesure que le plâtrage a lieu, et on la dépose dans une boîte.

En agissant ainsi, nous avons l'avantage d'obtenir des appareils mieux plâtrés, d'opérer plus promptement et plus proprement, de pouvoir confier la préparation de ces bandes à des mains étrangères, et enfin de les disposer à volonté suivant toutes les longueurs.

Le mode de préparation adopté par MM. Mathijssen et Van de Loo, exige au contraire une adresse spéciale, et dans tous les cas ne permet point de préparer des bandes de plusieurs mètres de longueur, puisqu'il serait impossible de manier une pièce d'étoffe de cette dimension sans en secouer presque toute la poudre minérale, et par conséquent sans lui faire perdre les propriétés qu'on voulait lui donner. Il sera donc préférable dans tous les cas, de tailler les bandes ou bandelettes d'abord, et de les plâtrer ensuite.

Il est une autre observation que nous avons également faite en suite des communications de MM. Mathijssen et Van de Loo, et qui pourrait fournir un argument de certaine valeur aux adversaires du bandage plâtré. La voici : tous les appareils que ces honorables chirurgiens nous ont adressés, dessinent admirablement la forme de la jambe; mais le pied n'y figure que par les contours de quelques bandelettes en guise de *sous-pieds*, de sorte qu'on pourrait supposer que les auteurs de ce procédé de déligation se contentent de ces bandelettes pour fixer et immobiliser la puissante articulation qui répond au fragment inférieur. Il n'en est rien cependant, car sur le vivant, M. le docteur Van de Loo emprisonne le pied jusqu'à la racine des orteils, de sorte que la coque plâtrée entoure et immobilise tout le membre comme cela se pratique quand on a recours au bandage amidonné. C'eût été une imprudence grave d'agir autrement, parce que le pied eût infailliblement fait l'office d'un levier qui eût compromis la coaptation et entraîné le fragment inférieur. M. Van de Loo n'a point commis cette faute, et c'est

avec la réserve qui précède, que l'on peut prendre pour modèles, les bandages déposés dans les collections de l'Académie.

Nous avons dit précédemment que le bandage plâtré pouvait se prêter à toutes les fantaisies du chirurgien. Cela est parfaitement vrai, et en voici une nouvelle preuve : M. Le docteur Williams, médecin de bataillon au 8^e de ligne, a eu l'heureuse idée de modifier le *bandage à cataplasme* de MM. Mathijssen et Van de Loo, en faisant une vraie *étoupe* plâtrée.

Ayant coupé un drap-fanon hors d'une pièce de calicot sans apprêt, il le tailla de façon qu'il pût s'adapter aux formes de la jambe et du pied, puis il le recouvrit d'une couche égale et peu épaisse d'étoupe bien peignée. Sur cette étoupe il sema quantité suffisante de plâtre en poudre, et le fit pénétrer en percutant légèrement l'appareil avec une petite baguette. L'étoupe convenablement mouillée, fut recouverte d'un deuxième morceau de calicot destiné à protéger les téguments, et aussitôt étalée sous le membre. Pour ajuster le tout, il suffit de tendre les deux pièces de tissu, de les mouler sur la jambe et sur le pied, puis de les fixer à l'aide de quelques épingles. Le moule était parfait, et quelques minutes avaient été à peine nécessaires pour obtenir une consolidation entière.

Pour obtenir toutes les conditions de l'amovo-inamovibilité, M. Williams se borne à passer un fil sur toute la hauteur de l'appareil, de façon à rapprocher les deux pièces de coton sur un point quelconque destiné à servir de charnière. La constriction exercée par la couture écartant nécessairement et l'étoupe et le plâtre, ce point est affaibli, et se prête à la mobilité des valves.

Ce que M. le docteur Williams a fait avec l'étoupe, d'autres le feront d'une autre manière ; nous ne pouvons en douter, parce que le procédé hollandais se prête à toutes les combinaisons. Mais une chose est indispensable si l'on veut que le bandage plâtré tienne toujours ce qu'il promet aujourd'hui : c'est de ne point oublier que ce bandage n'est qu'un *moyen*, et non une *méthode* ; c'est de se rappeler sans cesse, que MM. Mathijssen et Van de Loo nous ont fait connaître un *procédé matériel* préférable à beaucoup d'autres peut-être, mais impuissant par lui-même, et sans valeur thérapeutique si on l'isole des principes si rationnels de la méthode amovo-inamovible.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de notre tâche, il nous reste à formuler des conclusions et à résumer les idées que nous avons émises, sous forme de propositions qui puissent être sanctionnées par un vote de l'Académie.

On comprend déjà que ces conclusions ne peuvent qu'être favorables à l'heureuse innovation que MM. Mathijssen et Van de Loo ont introduite dans la thérapeutique chirurgicale ; c'est pourquoi nous déclarons sans préambule, qu'à notre avis :

1° Les appareils plâtrés réalisent un progrès notable ;

2° Ils se prêtent admirablement à toutes les indications de la méthode amovo-inamovible de M. le baron Seutin, dont ils deviendront l'un des meilleurs auxiliaires ;

3° La chirurgie militaire trouvera dans leur emploi des avantages qu'aucun autre appareil solidifiable ne saurait leur offrir ;

4° De tous les appareils inamovibles, ou amovo-inamovibles, aucun ne paraît offrir autant de conditions de succès que les appareils plâtrés appliqués conformément aux indications des deux auteurs.

En conséquence, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des félicitations à MM. Mathijssen et Van de Loo pour l'heureuse application qu'ils ont faite du plâtre à la thérapeutique chirurgicale ;

2° D'adresser des remerciements spéciaux à M. le docteur Van de Loo pour le zèle et le désintéressement qu'il a montrés en se faisant le propagateur de l'invention qui lui doit d'utiles perfectionnements ;

3° D'inscrire les noms de ces deux honorables praticiens sur la liste des candidats à présenter pour obtenir le titre de membre correspondant étranger.

— La discussion de ce rapport est renvoyée à une prochaine séance.

5. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner la communication faite par M. le docteur BRIBOSIA fils, intitulée : « Observation de croup chez un adulte, suivie de trachéotomie et de guérison. » — M. LOMBARD, rapporteur (1).

Messieurs,

Le travail sur lequel je suis chargé de vous présenter un rapport, au nom de mon honorable collègue M. Didot et au mien, comprend deux parties : l'exposé d'une observation de croup suivi de trachéotomie et de guérison, et quelques réflexions sur ce fait.

Il y a dans cette observation, faite avec beaucoup de soin et racontée avec une sage précision, plusieurs particularités remarquables ; nous pourrions même dire des irrégularités singulières au point de vue de la marche et de la symptomatologie habituelles du croup.

Ainsi, c'est une jeune personne de vingt ans, sujette à des laryngites, à des rhumes plus ou moins violents, qui, au milieu d'un état de santé et d'une force de constitution très-satisfaisants, est prise de toux *sèche, rauque, pénible, avec douleur à la gorge, voix altérée, gonflement des amygdales, difficulté grande de respiration et fièvre générale assez intense.*

M. Bribosia, d'après ces phénomènes, diagnostique *une laryngite très-aiguë* et prescrit, en conséquence, un traitement antiphlogistique : sangsues, kermès, diète absolue ; il n'a pas eu recours à la saignée par la lancette.

Ce traitement est continué pendant plusieurs jours, sans amélioration, car il ne faut pas compter comme amélioration le mieux momentané qui se déclarait après chaque émission sanguine locale.

Il n'y avait pas de traces de pseudo-membranes sur les amygdales, dit l'auteur ; et des accès quotidiens de redoublement fébrile, d'aggravation de tous les symptômes généraux et locaux y compris la gêne de la respiration qui était chaque fois poussée jusqu'à la menace d'asphyxie, se manifestaient avec une constante régularité et une intensité croissante. D'accord avec son confrère M. Éverard, l'auteur administra la quinine, appliqua des vésicatoires, insista sur les émissions sanguines par les sangsues pla-

(1) La Commission était composée de MM. DIDOT et LOMBARD, rapporteur.

cées à la région laryngienne ; rien ne réussit. Du 13 au 25 novembre, pendant douze jours, la maladie marcha s'aggravant sans cesse.

Disons que quelques jours avant le 25 novembre, époque où nous verrons l'auteur recourir, et avec raison, à la trachéotomie, le diagnostic d'un véritable croup fut porté par M. Bribosia.

Ici, Messieurs, nous l'avouons, si les faits ultérieurs affirmés par M. Bribosia dont nous ne suspectons nullement le témoignage, si l'apparition de fausses membranes nettement caractérisées n'était venue quelques jours après le 25 novembre, date de l'opération de trachéotomie, confirmer le diagnostic porté à l'avance, nous eussions douté de la justesse de ce diagnostic ; et nos doutes auraient été fondés sur ces faits : 1° La jeune personne jouissait d'une bonne santé, et le croup, chez les adultes, survient généralement à la suite, comme terminaison, d'une autre maladie antérieure ; 2° Chez les adultes le croup débute ordinairement par l'angine diphthéritique, dont il n'y avait pas la moindre trace dans le cas actuel ; 5° La suffocation, les accès périodiques si violents d'orthopnée, l'asphyxie chaque jour imminente, et enfin quasi accomplie le 25 novembre, sont des phénomènes peu communs dans le croup des adultes ; 4° Enfin en portant le doigt profondément dans l'arrière-gorge, procédé diagnostic qui ne fut employé par l'auteur que sept jours après l'opération. Le 2 décembre, on sentait, dit-il, que les bords de la glotte étaient *durs, épais, rugueux*. Ces faits, disions-nous, nous auraient sans doute fait hésiter avant d'admettre le diagnostic porté par l'auteur plusieurs jours avant celui où eut lieu cet accès terrible qui nécessita la trachéotomie. Mais ce que nous n'aurions pas plus hésité d'accepter que ne l'a fait M. Éverard, l'honorable consultant de M. Bribosia, c'est la proposition de trachéotomie faite par ce dernier le 25 décembre. En présence de l'état désespéré où se trouvait la malade à cette époque, en face de cette asphyxie à demi consommée, de cette agonie confirmée, de cette mort indubitable, il fallait plus que de la résolution, plus que de la hardiesse, Messieurs, pour proposer et pratiquer la trachéotomie, il fallait le courage, l'abnégation, le cœur qu'on aime à trouver partout, mais qu'il est beau surtout de rencontrer chez un jeune confrère, nouveau-venu et débutant dans notre profession. Il ne s'agissait plus ici, en effet, de savoir si l'on avait affaire à une laryngite suraiguë, à une laryngite striduleuse, à un œdème de la glotte, à un croup primitif ou secondaire, il n'y avait plus qu'à

songer à ceci : une personne forte succombant à une asphyxie par obstacle à la respiration. Dans ce cas la trachéotomie était nettement indiquée, et ce n'est pas l'idée de la trachéotomie qui nous semble digne d'éloge, c'est son application. Oublier les considérations de sa propre réputation aux yeux du public, le mauvais juge peut-être, mais ce juge absolu pour les médecins, oublier même les intérêts de la science qui semblent toujours plus ou moins compromis dans une opération malheureuse, quand cette opération n'est pas encore définitivement *classée* dans la thérapeutique, c'est faire preuve de courage autant que de talent.

Nous ne nous appesantirons pas maintenant sur les détails et les suites de l'opération, ni sur les réflexions qui forment la seconde partie du travail de M. Bribosia, bien que nous eussions à y faire quelques légères observations ; nous nous bornerons à ajouter que cette opération eut un plein succès ; la malade fut instantanément rappelée à la vie, et dès le quatrième jour, le 29 et le 30 novembre, elle rendit par la canule des fausses membranes bien caractérisées. C'est donc un fait nouveau à ajouter à ceux déjà connus en faveur de l'opération de la trachéotomie dans les cas où l'asphyxie est imminente, et il servira, nous n'en doutons pas, à engager les praticiens à recourir à ce moyen plus fréquemment, et surtout un peu plus tôt qu'on n'a eu l'habitude de le faire jusqu'en ces derniers temps.

En terminant, Messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer :

- 1^o D'adresser des remerciements à l'auteur ;
- 2^o L'insertion de son observation au *Bulletin*.

— M. BOULVIN : Messieurs, la personne qui fait le sujet de la communication sur laquelle M. Lombard vient de vous lire un rapport, a succombé, le 19 mars 1853, après une seconde opération de trachéotomie, pratiquée dans les premiers jours du même mois par M. le docteur Bribosia fils, pour la même affection.

Comme la première fois, tout faisait présager un plein succès, lorsque la malade fut prise tout à coup d'un accès de suffocation qui l'emporta en quelques heures.

Comme vous le voyez, Messieurs, le résultat inattendu de cette seconde opération n'ôte rien au mérite et à l'habileté bien connue du savant et modeste médecin de Namur.

Il est à regretter que l'autopsie n'ait pas été faite.

Je saisisrai cette occasion pour vous dire, Messieurs, que j'ai

pratiqué deux fois la trachéotomie pour des affections croupales; la première fois sur une femme de quarante-huit ans chez laquelle l'asphyxie était imminente lorsque je fus appelé à lui donner des soins. La seconde fois sur un enfant de l'âge de deux ans et demi qui a parfaitement guéri. La femme succomba le quatrième jour de l'opération, parce que les fausses membranes avaient envahi les dernières ramifications bronchiques, malgré les écouvillonnements répétés et les instillations d'une solution de nitrate d'argent.

Je sais par expérience que l'affection dont il s'agit est quelquefois accompagnée d'une hémorragie veineuse si abondante, que le chirurgien éprouve les plus grandes difficultés pour découvrir quelques cerceaux de la trachée artère. A la vérité, MM. Rilliet et Barthez conseillent dans ce cas de fixer la trachée entre le bord cubital de l'indicateur et le bord radial du médius enfoncés jusqu'à la colonne vertébrale; mais ce moyen atteint difficilement le but quand le sang coule à flots.

L'opération, telle que la pratique M. Fesler, de Morialmé, me paraît préférable. Voici comment il y procède :

Après les premiers temps de l'opération, ce chirurgien distingué saisit horizontalement de la main gauche la trachée artère par ses parties latérales, avec des pinces de Museux, la dégage du fond de la plaie et la fait saillir en avant, pendant que de la main droite, armée d'un bistouri droit, il incise les cerceaux de la trachée entre les mors des pinces.

— M. GRAUX : Je n'ai que peu d'observations à présenter à M. Lombard. Elles sont surtout relatives au silence, qu'il a gardé dans son rapport, sur le caractère de la maladie qui fait l'objet du Mémoire de M. Bribosia. Je ne suis point du tout convaincu, Messieurs, que la menace d'asphyxie, dont parle l'auteur du Mémoire, et qui a nécessité de sa part l'opération de la trachéotomie soit un croup. L'âge de la personne, les accès d'asphyxie répétés, les symptômes de laryngite chronique qui ont précédé le dernier accès de suffocation, me portent à douter de l'existence d'un croup réel. Je ferai remarquer que les accidents dont il est fait mention et dans le Mémoire et dans le rapport, se présentent fort ordinairement pendant les temps humides et froids de l'automne et de l'hiver, chez les personnes qui sont atteintes de laryngite chronique, et cela avec une promptitude égale à celle du développement du croup. De plus, ces accidents sont accompagnés de symptômes qui ont avec ceux de

ce dernier la plus grande analogie et peuvent nécessiter l'opération de la trachéotomie; mais les différences qui existent entre les altérations du croup et celles de la laryngite chronique, établissent une grande distinction entre ces deux maladies sous le point de vue des succès probables d'une semblable tentative. Pratiquée dans le cas de croup, chez les enfants, l'opération de la trachéotomie peut être suivie de succès et constitue un moyen de guérison réelle. Si au contraire elle est mise en usage pour soustraire le patient à une asphyxie imminente causée par une oblitération du larynx survenue tout à coup à la suite d'une de ces lésions chroniques, on le comprend bien, l'opération ne peut plus être considérée que comme palliative et ne devant amener qu'une amélioration temporaire. D'après les simples renseignements que l'honorable rapporteur vient de nous donner, on serait porté à croire que la malade, à peu près à l'âge adulte, se serait trouvée atteinte et guérie d'un croup par l'opération mentionnée plus haut; la curiosité et la surprise que ce fait avait excitées chez nous au plus haut degré, viennent de cesser par la révélation que nous a faite l'honorable M. Boulvin. La malade, sujet de l'observation, a succombé deux ou trois mois plus tard à la récurrence de l'accident, après avoir subi sans succès l'opération qui lui avait rendu un si grand service lors du premier accès d'orthopnée, et de sa première application.

En conséquence, Messieurs, tout en rendant justice à l'habileté de l'opérateur, j'ai cru nécessaire d'appeler votre attention sur les motifs qui ont déterminé le médecin à recourir à la trachéotomie, et si j'ai insisté sur ce point, c'est pour établir avant tout la nécessité d'apporter plus de précision dans le diagnostic des maladies et nullement pour condamner l'usage d'une opération qui est le seul moyen dans un cas semblable, sinon de préparer des voies de guérison à l'altération, au moins de prolonger l'existence des malades.

— M. DIDOT : L'observation que l'honorable M. Boulvin vient de présenter est parfaitement fondée et mérite de fixer l'attention des opérateurs. En effet, le premier temps de la trachéotomie est parfois d'une exécution pénible, parce que l'incision des téguments et des tissus sous-cutanés donne généralement lieu à une hémorragie veineuse qu'il est à peu près impossible de maîtriser, à cause de l'état asphyxique dans lequel se trouve le patient. Toutes les parties sont donc baignées par le sang qui s'échappe des plus petites veinules, une colora-

tion uniforme empêche de distinguer les différents tissus, et ce n'est qu'avec une peine extrême que le chirurgien parvient à terminer l'opération. Il n'y a cependant qu'un seul moyen d'arrêter l'effusion du sang, c'est de se hâter d'ouvrir le canal aérien pour amener le rétablissement de la circulation.

Cette hémorragie n'a rien d'inquiétant dans la plupart des cas, mais il ne faudrait pas qu'elle se prolongeât longtemps, car elle aurait bientôt épuisé les jeunes sujets.

Une autre difficulté non moins grave, résulte de la mollesse de la trachée artère chez les enfants, et de la tendance qu'elle montre à s'aplatir quand on appuie, même très-légèrement, sur sa face antérieure. Cette disposition, signalée avec insistance par M. Chassaignac, nous explique pourquoi l'on rencontre si fréquemment les difficultés indiquées par l'honorable M. Boulvin, c'est-à-dire, pourquoi l'on éprouve tant de peine à ouvrir la trachée elle-même et à y introduire la canule.

Pour parer à tous ces inconvénients, l'on a cherché à abrégér considérablement la voie, et pour cela l'on a pénétré d'un seul coup jusque dans l'intérieur de la trachée sans s'arrêter à aucune dissection préalable. Tels sont les procédés de MM. Chassaignac et Simpson.

M. Chassaignac a pour principe de ne jamais ouvrir la trachée sans l'avoir préalablement fixée au moyen d'un ténaculum qu'il implante soit d'emblée à travers la peau, soit après l'incision des téguments, sous le cartilage cricoïde, et sur la cannelure duquel il dirige ensuite le bistouri qui incise en un seul temps tous les tissus.

En outre M. Chassaignac met une insistance particulière à indiquer le cartilage cricoïde comme point de repère, parce que la résistance propre à ce corps ne permet point qu'il s'aplatisse aussi facilement que la trachée elle-même, et éloigne ainsi le danger de percer le conduit de part en part.

Enfin, en pénétrant d'emblée dans la cavité de la trachée, sans dissection préalable, on rétablit immédiatement la respiration et la circulation, et l'on évite ainsi l'hémorragie veineuse signalée par M. Boulvin.

Par le procédé de M. Simpson, le même instrument sert à tous les temps de l'opération, et l'on pénètre également dans la trachée par une seule ponction qui traverse tous les tissus. Mais c'est avec l'instrument de M. Simpson, qu'il faut surtout de grandes précautions pour ne point dépasser le but en trans-

perçant les deux parois de la trachée : aussi je crois qu'il y aurait un danger réel à opérer sur tout autre point que sur le cartilage cricoïde. Vous connaissez tous cet instrument, Messieurs, et vous savez que c'est une espèce de pince sur laquelle un véritable grattoir est fixé à angle droit. Ce grattoir ou la partie tranchante pénètre dans la trachée au moyen d'un mouvement de bascule, qui de la perpendiculaire ramène la pointe de l'instrument à la parallèle de l'axe trachéal. Alors le grattoir se double et fait l'office de la pince dilatatrice entre les mors de laquelle on pousse la canule.

Ces deux procédés ont des avantages incontestables et permettront dans bien des cas d'échapper aux difficultés signalées par M. Boulvin.

Quant à l'emploi de l'érigne double dont cet honorable collègue vient de vous entretenir, je crois qu'il présente du danger à cause du voisinage de la gaine commune des vaisseaux et des nerfs, et aussi, parce qu'il n'est pas indifférent de piquer et de contondre les tissus de cette région, quand l'organisme entier est aux prises avec une mauvaise diathèse.

— M. FRANÇOIS : Il serait très-intéressant de savoir si l'autopsie a été faite et quel en a été le résultat? (*Interruption.*) Était-ce une reprise de croup?

— M. BOULVIN : Je ne saurais le dire. Cette personne était chez les Sœurs de Notre Dame, à Namur, et la Supérieure m'a dit qu'elle a été atteinte trois mois après l'opération. Maintenant était-ce encore un croup? C'est ce que j'ignore.

— M. FRANÇOIS : Les observations que vient de faire l'honorable M. Boulvin sur le cas de croup communiqué à l'Académie, par M. Bribosia fils, ont cela d'intéressant qu'elles semblent prouver que chez la malade de notre jeune confrère, il y a eu récurrence du croup. Or, il est des pathologistes qui pensent qu'on ne peut en être affecté qu'une seule fois. Resterait à savoir si le diagnostic a été bien établi lors de la dernière atteinte, et c'est ce que la mort de la patiente a permis de vérifier. Quoi qu'il en soit, au moment où l'asphyxie était imminente, la trachéotomie a été pratiquée avec succès, et c'est chose sur laquelle il n'est pas inutile d'insister, puisque bon nombre de praticiens reculent devant cette opération et même la condamnent complètement. Les faits de trachéotomie ne se produisant pas tous les jours, j'aime à croire que ce ne sera pas trop abuser de votre temps que de vous en rapporter un exemple que j'ai observé il

y a trente ans environ et dont toutes les circonstances me sont encore présentes. Il a pour sujet un enfant parvenu au dernier degré du croup et menacé d'asphyxie. Déjà plusieurs chirurgiens avaient vainement tenté d'ouvrir la trachée artère. Soit l'abondance du sang qui s'échappait à flots de l'incision, soit toute autre cause, le jeune malade était abandonné et au moment de périr aussi bien d'hémorragie que d'asphyxie. Cet affreux spectacle, cet abandon d'une opération commencée, m'émurent profondément ; presque hors de moi, je m'emparai du bistouri, puis portant l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche dans la plaie, j'écartai avec l'ongle, puis incisai successivement avec l'instrument tranchant le plexus veineux si riche dans l'enfance et fortement gorgé de sang alors que l'asphyxie est prochaine, et je parvins enfin, au moyen du doigt servant de guide à mon bistouri, jusqu'à la trachée artère dans laquelle je fis une incision longitudinale de sept ou huit lignes. A l'instant même l'air se précipita dans les poumons, la face, de plombée, de bleuâtre qu'elle était, reprit une teinte légèrement rosée, l'hémorragie qui nous effrayait par son abondance s'arrêta presque complètement, en un mot le petit malade parut revenir à la vie. Malheureusement cette opération avait été en quelque sorte improvisée, et dépourvus que nous étions des instruments propres à établir et entretenir le libre passage de l'air dans le canal respiratoire, nous dûmes nous borner à y introduire un bout de sonde de gomme élastique. Que l'enfant ait succombé, cela n'étonnera personne. Cependant, grâce à ce simple moyen, il put résister pendant près de quarante-huit heures. La famille ayant demandé l'autopsie, nous y procédâmes avec le plus grand soin et ne trouvâmes autre chose dans le tube aérifère qu'une simple pseudo-membrane mince, ayant quelques lignes en tous sens, ne tenant à la muqueuse que par son bord supérieur, de façon que libre et flottante dans le reste de son étendue, elle agissait à la manière d'une soupape permettant assez bien l'entrée, mais plus difficilement la sortie de l'air. Cette pellicule siégeait un peu au-dessus de l'endroit où la trachée artère avait été incisée, et à sa partie postérieure. Il est plus que probable que si nous avions alors connu et employé l'écouvillonnement, notre jeune malade eût pu être sauvé.

Ce fait me paraît intéressant à plus d'un titre : et d'abord on y voit tous les symptômes d'un croup mortel occasionnés par la simple présence d'une faible pseudo-membrane occupant une

partie très-limitée de la trachée artère, sans qu'il en existât aucune trace au-dessus, dans le larynx et le pharynx, ni au-dessous, dans les divisions bronchiques ; et ensuite il montre quelles espérances on est en droit d'attendre de la trachéotomie dans les cas les plus graves.

— M. SEUTIN : Je viens d'entendre dire que dans l'opération de la trachéotomie l'hémorragie cesse aussitôt que la respiration est rétablie et que rarement elle est inquiétante ; je ne puis partager cette opinion : j'ai fait différentes fois l'opération, et l'hémorragie ne s'arrête même pas toujours après qu'elle a été pratiquée ; quoiqu'on fasse inspirer profondément le malade, les petits vaisseaux divisés continuent à fournir du sang qui coule dans la trachée et excite la toux.

Quand on a fait l'incision des téguments, les cerceaux de la trachée sont à découvert, on lie ou on cautérise les petits vaisseaux tégumentaires. Il est facile alors de pratiquer une ouverture ronde dans la trachée au moyen du cautère olivaire, avec la précaution de l'incliner en sens divers afin de faire sortir les petites parcelles d'eschare qui sont le résultat de la combustion, pour ne pas les laisser tomber dans la trachée. Cette opération paraît au premier abord difficile, parce qu'elle irrite et excite des contractions, mais si on a bien soin de maintenir la trachée immobile, on pratique instantanément une ouverture ronde avec perte de substance.

Cette ouverture laisse facilement pénétrer l'air, sans que l'on doive employer la canule, qu'il faut changer souvent, que l'on maintient difficilement, qui produit une gêne insupportable et entretient l'inflammation.

Nous avons pratiqué deux fois l'opération, une fois sur un enfant atteint du croup et que nous avons eu la douleur de voir succomber au bout de quarante-quatre heures ; ensuite sur une femme qui a succombé quelques jours après, mais qui a respiré facilement par l'ouverture pratiquée au moyen d'un cautère olivaire.

J'appelle l'attention des praticiens sur ce point, qu'il ne faut pas croire que l'hémorragie cesse en quelques heures.

Le fer rougi à blanc produit une eschare ; il ne faut pas de canule particulière et l'on doit moins craindre l'inflammation consécutive.

— M. LOMBARD : Je commencerai par répondre à l'honorable M. Graux.

Sans doute il a dû entendre ce que nous pensions du diagnostic. Nous avons fait remarquer l'âge du sujet, la circonstance que cette personne jouissait d'une bonne santé avant l'apparition de la maladie que l'on a qualifiée de croup. Nous avons fait observer qu'il n'y avait pas eu de pseudo-membrane dans la gorge. Nous avons fait remarquer que si cinq jours après l'opération il n'était pas sorti par l'ouverture de la trachée de pseudo-membrane, nous aurions douté qu'il s'agissait d'un croup.

Quant au fait qu'on vient de signaler du retour de la maladie quatre ou cinq mois après sa première apparition (car la première opération a été faite le 25 novembre), M. François a fait valoir diverses considérations.

On s'est occupé, à cette occasion, de l'opération de la trachéotomie dans le croup; ces Messieurs viennent de signaler les difficultés que l'on rencontre dans cette opération; ils ont indiqué aussi les différents moyens d'éviter ces difficultés, ainsi que les succès obtenus et plusieurs cas malheureux.

Je ne pense pas, Messieurs, que le succès ou l'insuccès dépende du procédé opératoire; je crois que tout dépend d'un bon diagnostic et de l'époque où l'on opère.

Messieurs, quand on parle du croup, l'attention du médecin se porte sur l'existence de fausses membranes siégeant dans le larynx et dans la trachée artère; et quant à l'ouverture du cadavre on examine les poumons, on trouve des lésions qui vont bien au delà.

Tout dépend du diagnostic. Si vous pouviez déterminer que les bronches capillaires ne sont pas affectées, vous feriez l'opération dans des conditions de succès. Si au contraire les bronches capillaires sont malades, si l'air n'y pénètre qu'avec grande difficulté à cause des fausses membranes ou de la tuméfaction de la muqueuse seule, quelle que soit l'époque où vous ferez l'opération, vous verrez votre malade succomber.

Si cette proposition est vraie, le diagnostic de l'état pulmonaire vous dira si vous aurez un succès ou si vous aurez un revers.

Messieurs, on a séparé, je ne sais pourquoi, si ce n'est parce que dans les cadres de nosologie, on aime à séparer les maladies, on a séparé le croup de la bronchite capillaire. Pensez-vous que cette séparation puisse exister? Quand nous avons eu occasion d'examiner un croup terminé par la mort, non-seulement nous avons trouvé de fausses membranes s'étendant au loin,

mais les bronches de petit calibre étaient obstruées par de fausses membranes, et il y avait bronchite capillaire. Maintenant, qu'un malade soit frappé d'une bronchite capillaire et d'un croup; qu'arrive-t-il? C'est que le médecin ne pense souvent qu'aux membranes qui se forment dans le larynx et qu'il applique un traitement qui ne peut être suivi de succès. S'il pensait au contraire à la bronchite capillaire, il traiterait la pneumonie et le croup en même temps. Eh bien! je crois que là git la plupart des insuccès : c'est la séparation du croup de la bronchite capillaire. J'ai cette conviction d'après plusieurs nécroscopies que j'ai eu occasion de faire.

Il est possible que dans les cas d'insuccès dont on vient de parler, on n'ait pas fait l'auscultation pour arriver à déterminer avec précision les lésions et leur nature. C'est sur ce point, c'est sur la nécessité d'une bonne auscultation dans cette circonstance, que j'appelle l'attention.

— M. FRANÇOIS : Le diagnostic du croup primitif ou développé d'emblée dans les voies respiratoires, du vrai croup enfin, d'ailleurs assez peu commun dans nos contrées, ne me paraît pas si difficile à établir en général qu'on peut le donner à penser. J'entends parler ici du croup constitué par des pseudo-membranes siégeant à la surface interne du larynx, et non de cette exsudation de fibrine formée dans la substance même de la muqueuse, de manière que le tissu de celle-ci, comprimé, étouffé, se désorganise et constitue une véritable gangrène interstitielle. En ce qui touche cette altération de tissu, que les allemands nomment diphthérie, comme elle n'est guère connue que sous le rapport anatomo-pathologique et assez rare, du moins dans le tube laryngo-trachéal, je ne dirai rien de sa symptomatologie, encore très-obscur selon moi. Je le répète, le croup ne me semble pas très-difficile à reconnaître; aussi l'opportunité de la trachéotomie peut-elle être bien établie. L'honorable M. Lombard vient de nous dire qu'avant de se décider à cette opération, il faut arrêter avec soin le diagnostic du croup en ce qu'il est très-souvent accompagné de bronchite capillaire. Sauf les cas où l'affection pseudo-membraneuse du larynx est très-avancée et menace le sujet d'asphyxie, où par suite les accidents sont tellement graves qu'ils couvrent et absorbent en quelque sorte ceux dont les extrémités des bronches sont le siège, je suis d'avis que le diagnostic de la bronchite capillaire n'a rien d'embarrassant et que le médecin qui a suivi la marche

de la maladie, ne pratiquera pas la trachéotomie lorsqu'il aura affaire à un croup compliqué de la bronchite capillaire pseudo-membraneuse. Or, je déclare que j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de croups tant sporadiques qu'épidémiques et que c'est à peine si j'ai pu noter un seul cas qui fût compliqué de bronchite capillaire de l'espèce de celle dont il vient d'être question, bien que cela se rencontre quelquefois, et spécialement dans certaines épidémies. Quant à la bronchite capillaire simple, ordinaire, catarrhale, si l'on veut, j'ose affirmer qu'elle ne complique presque jamais le croup, les deux inflammations différant totalement de nature.

— M. CRANINX : Je dirai quelques mots pour affirmer ce que l'honorable M. Lombard a avancé.

Depuis vingt ans, je crois n'avoir vu que trois cas de croup véritable. J'ai été assez heureux pour pouvoir faire chaque fois l'autopsie, et chaque fois j'ai découvert de fausses membranes qui s'étendaient jusque dans les bronches capillaires.

Je suis donc très-disposé à croire que dans beaucoup de circonstances, l'opération de la trachéotomie doit servir de bien peu de chose, eu égard à l'existence des fausses membranes qu'on extrait des grosses et des petites bronches comme des branches d'un arbre.

Je crois aussi pouvoir ajouter que quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent on croit à l'existence d'un croup, lorsqu'il n'y a pas de croup.

— M. LEBEAU : Messieurs, la discussion me semble devoir être éclaircie.

Je partage l'opinion de M. Craninx sur la rareté du croup dans nos climats. Cette maladie peut être fréquente dans les climats plus froids, et on sait qu'il se montre presque endémique à Saint-Petersbourg, par exemple; mais il n'en est pas de même ici, et on donne le nom de croup à des affections qui n'ont avec lui que des rapports très-éloignés.

Je ne puis avec M. Lombard admettre que le croup et la bronchite capillaire soient constamment liés. L'une et l'autre de ces maladies peuvent exister à part, et le diagnostic différentiel ne peut présenter de grandes difficultés.

En effet, la bronchite capillaire, fréquente dans nos climats, a des symptômes particuliers faciles à reconnaître.

Dans le croup, *l'inspiration* gênée par le spasme de la glotte au début, et plus tard par les produits de l'inflammation, est lon-

gue et sifflante. Dans la bronchite capillaire, *l'inspiration* est toujours facile, et c'est l'expiration qui est prolongée et qui produit ce sifflement caractéristique que *l'on entend dans toute l'étendue du thorax* et que l'on a désigné sous le nom de râle sibilant. L'inspiration, au contraire, est facile dans la bronchite capillaire, car au moment où le thorax se dilate, où les cellules pulmonaires forment le vide, l'air se précipite et la colonne d'air *aidée par son poids* lève facilement l'obstacle qu'opposent les bronches capillaires rétrécies et arrive dans les *infundibulum*. L'obstacle se fait sentir seulement à *l'expiration*, les forces expulsives étant purement musculaires et la colonne d'air extérieure étant plutôt un obstacle, on conçoit qu'une partie de l'air inspiré s'échappe lentement, difficilement, et en sifflant à travers les bronches rétrécies ou obstruées. Donc, contrairement à ce que l'on observe dans le croup, la gêne est à *l'expiration* et le sifflement, je le répète, loin de se passer vers la glotte se fait entendre dans toute l'étendue du thorax.

L'asphyxie a lieu dans le croup faute d'air inspiré ; dans la bronchite capillaire, au contraire, ce n'est pas l'air qui manque dans les vésicules, il s'y accumule au point de les distendre et de produire l'emphysème, mais il y est toujours plus ou moins désoxygéné.

Je veux prouver que pour le praticien attentif, le diagnostic différentiel, loin d'être impossible, est facile et qu'on peut constater les deux affections si même elles existent simultanément.

M. Craninx me semble avoir émis une opinion trop absolue en considérant le croup comme une maladie essentiellement mortelle. Les observations de M. le professeur Trousseau, observations qui commandent la confiance, prouvent que le croup, le véritable croup est curable; quand la trachéotomie est pratiquée à temps, c'est-à-dire avant toute menace d'asphyxie, elle permet au médecin de combattre les conséquences de la phlegmasie exsudative du larynx et d'enlever ses produits. Malheureusement, comme l'a fort bien dit l'honorable M. Lombard, on opère généralement trop tard, lorsque l'asphyxie a commencé et alors que la moindre perte de sang jette le malade dans une syncope mortelle.

Un fait arrivé il y a quelques années à l'hôpital militaire que j'ai l'honneur de diriger, vient à l'appui de ce que j'ai dit sur le danger d'opérer trop tard. Un homme convalescent d'entérite typhoïde, contracta par suite d'un refroidissement un

œdème de la glotte que nous combattîmes infructueusement pendant quatre jours. On ne se décida à la trachéotomie qu'au moment où le malade commençait visiblement à s'asphyxier. L'incision de la peau donna lieu à une légère hémorragie qui produisit une syncope mortelle.

C'est cette syncope, pour le dire en passant, qui compromet si souvent la vie des malades qu'on saigne dans la bronchite capillaire et qui fait que je redoute la saignée générale dans cette affection.

— **M. LOMBARD** : L'honorable M. Lebeau ne m'a pas compris : je n'ai pas voulu établir un diagnostic différentiel du croup et de la bronchite capillaire.

Il est évident que les deux affections ne peuvent pas être confondues par les praticiens ; j'ai seulement fait remarquer que dans certains cas il y a tuméfaction de la membrane muqueuse des bronches capillaires avec le croup, et que ces cas doivent être nécessairement mortels si on compte uniquement sur l'opération. Voilà ma proposition pure et simple.

Maintenant j'ai à répondre à M. François qui croit que le diagnostic de cette complication est des plus simples. Messieurs, le diagnostic des maladies de poitrine se fait par l'auscultation qui tire ses conclusions de l'altération des bruits respiratoires.

Or, M. François n'a pas réfléchi à cette circonstance, que dans le croup il y a un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et que l'absence de l'introduction de l'air dans les poumons vient singulièrement déranger le diagnostic. Ainsi dans le croup que trouve-t-on dans la poitrine alors même que le croup s'étend aux bronches quasi capillaires ? Rien quant à la sonorité du thorax, rien qu'une inspiration sifflante à la glotte ; dans le poumon il n'y a aucun signe.

Comment donc voudriez-vous distinguer si, avec la fausse membrane qui tapisse le larynx et la trachée, et qui fait obstacle au passage de l'air, qui occasionne des bruits laryngés et trachéaux, il y a encore une complication pulmonaire ou des petites bronches ? Je dis que c'est impossible, que l'auscultation ne peut pas arriver jusque-là : tous les observateurs sont d'accord sur ce point.

— **M. SEUTIN** : J'ai demandé la parole pour appuyer ce que vient de dire M. Lombard, que le croup vrai est extrêmement rare et que le croup faux est très-fréquemment confondu avec

le premier. Cette erreur de diagnostic amène tant de prétendus succès dans l'opération de la trachéotomie ! J'ai été appelé bien souvent au milieu de la nuit par des mères effrayées qui me disaient : « Mon enfant a le croup. » Eh bien ! je guérissais sans peine ce prétendu croup. Il n'y a pas bien longtemps encore, j'ai été dérangé la nuit pour un jeune homme de dix ans qui avait le croup, disait-on, et l'on ajoutait qu'il en avait déjà été guéri six fois !! J'ai prescrit tout simplement un vomitif et le lendemain le malade était guéri, *pour la septième fois, du croup* qu'il n'avait jamais eu.

M. Lombard vient de dire, je pense, que le vrai croup engendre la bronchite capillaire, que le faux croup même engendre cette maladie par suite des difficultés de la respiration ; mais la bronchite capillaire est-elle mortelle ? Je ne le pense pas. Si vous n'avez affaire qu'à un faux croup, si la trachéotomie est faite en temps et si vous avez le bonheur de faire entrer l'air, de diminuer l'étroitesse de la glotte ou de faire sortir les fausses membranes, la bronchite capillaire peut être traitée ensuite et se guérir ; tel est du moins mon opinion.

Ce qui doit arrêter l'opérateur, c'est la fréquence du faux croup. Habitué que l'on est, à voir les choses sous des couleurs noires, on recourt beaucoup trop vite à l'opération de la trachéotomie.

Si M. Trousseau fait fréquemment de ces opérations, je ne crois pas qu'il ait dit nulle part avoir été plus heureux que d'autres, dans le vrai croup.

Je dis donc, Messieurs, que le travail qui a donné lieu à cette discussion prouve à l'évidence que l'auteur n'a pas eu affaire au vrai croup et que toutes ces opérations précédemment couronnées de succès ne se rapportent pas à cette grave affection.

— M. FRANÇOIS : Notre honorable collègue M. Lombard a dit tout à l'heure que dans le croup, le passage de l'air à travers les parties supérieures du tube respiratoire est si difficile que c'est à peine s'il en arrive dans les vésicules pulmonaires, et, d'autre part, que dans la bronchite capillaire les petites bronches sont elles-mêmes presque oblitérées, de sorte que l'on n'entend plus les râles si bruyants et si étendus qui caractérisent généralement cette maladie, d'où il résulte que celle-ci n'est plus reconnue... Je ne pense pas qu'il en soit ainsi pour les motifs suivants : lorsque le croup est parvenu à ce point que le canal respiratoire est assez rétréci pour que l'air y trouve

difficilement un passage, l'asphyxie est prochaine et ne tarde pas à se déclarer par le seul fait de cet obstacle, sans qu'il y ait encore besoin pour cela du concours d'une bronchite capillaire, qui suffit aussi par elle-même à amener l'asphyxie. Les deux affections ne peuvent donc pas coexister *à ce degré avancé du croup* indiqué par M. Lombard, puisque cette coexistence est incompatible avec le maintien de la vie. Elles le peuvent à une période moins avancée, comme l'expérience le prouve, et alors il passe toujours une assez grande quantité d'air à travers le larynx, et il en arrive assez dans les poumons pour faire reconnaître la bronchite capillaire.

Notre honorable collègue M. Craninx nous dit qu'il a eu le bonheur de faire trois autopsies de croup et que toujours il a vu qu'il y avait à la fois croup et bronchite capillaire... Je n'ai pas été aussi favorisé, mais j'ai eu l'avantage de voir échapper plusieurs malades atteints de croup borné aux parties supérieures des voies respiratoires, avec expulsion de fausses membranes et où le diagnostic avait été très-exactement établi pendant toute la durée de la maladie. En vérité, je ne comprends pas ceux de nos honorables collègues qui semblent s'obstiner à dire que le diagnostic du croup est difficile, très-difficile dans un grand nombre de cas. Oui, cela peut-être alors que le croup se forme primitivement dans le larynx ou la trachée artère; or, ces cas sont l'exception, puisqu'il est bien avéré que le plus souvent, dix-neuf fois sur vingt environ, les pseudo-membranes commencent par se montrer sur les amygdales, le voile du palais, pour envahir ensuite le larynx. Le médecin peut alors voir se déclarer le mal, en suivre les progrès, en reconnaître la nature, et savoir à n'en pas douter qu'il a affaire à un véritable croup, lorsque celui-ci s'est enfin étendu au tube laryngien... Cette manière de procéder du croup est tellement générale, que quelques auteurs vont jusqu'à nier l'existence du croup primitif, ou établi d'emblée dans les voies de la respiration. C'est surtout cette espèce de croup qui frappe certaines localités et fait de terribles ravages. M. Bretonneau a décrit des épidémies de ce genre et j'en ai vu plusieurs pour ma part. C'est elle aussi qui s'accompagne quelquefois de bronchite capillaire, et c'est surtout alors que la maladie est promptement mortelle.

Je viens d'entendre avancer par l'honorable M. Seutin que la trachéotomie n'avait si souvent eu de beaux résultats que parce qu'on l'avait pratiquée alors qu'il y avait croup... Cette

observation a lieu de me surprendre. En effet, ce qu'on est convenu de nommer faux croup, ce que tous les pathologistes entendent par ce nom, c'est une maladie si bien caractérisée qu'il n'y a pas à s'y tromper. C'est une maladie très-fréquente dans les villes surtout et parmi la classe aisée, atteignant les enfants jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans, particulièrement les sujets nerveux et lymphatiques. Vous la voyez se déclarer chez eux à la suite de jeux ou d'exercices qui ont provoqué une transpiration forte trop brusquement supprimée. Certains enfants y sont si disposés qu'elle les saisit très-souvent et au moindre refroidissement ; elle se déclare toujours la nuit, et chose remarquable, le premier accès passé, elle va en décroissant ; enfin appelé près d'un sujet atteint de cette laryngite, vous appliquez quelques sangsues, vous administrez l'ipécacuanha, vous excitez une diaphorèse, vous vous bornez même à des soins hygiéniques, lit, chaleur, boissons adoucissantes, repos, et votre petit patient est guéri...

En est-il de même du croup ? Non, la confusion entre les deux maladies n'est pas à craindre ; non, l'on n'a pas pratiqué l'opération de la trachéotomie dans des cas de faux croup.

— M. BOULVIN : J'ai deux mots à répondre à l'honorable M. Seutin. Il vous a dit que les opérations de trachéotomie qui avaient été suivies de succès n'avaient été pratiquées que pour de faux croups.

Cette assertion est inexacte. M. Seutin ne refusera pas sans doute le nom de vrai croup à toutes les affections de ce genre, dans lesquelles l'existence de fausses membranes a été constatée. Eh bien ! dans les deux cas que j'ai eu l'honneur de vous citer, Messieurs, il y a eu expulsion de fausses membranes, d'abord par la plaie faite à la trachée, puis par la canule, à tel point que dans le premier cas, j'ai eu la poitrine inondée de débris pseudo-membraneux.

Quant au diagnostic différentiel, qu'il importe à un si haut point de bien apprécier, je n'ai rien à ajouter pour le moment, à ce qu'en ont dit les honorables MM. Lombard, François et Lebeau. Je me réserve de traiter prochainement cette grave question.

— M. LOMBARD : Je n'ai que deux mots à répondre à M. François qui ne veut pas admettre de bronchite capillaire avec le croup.

— M. FRANÇOIS : Je n'ai pas dit cela.

— M. LOMBARD : L'honorable M. François n'a-t-il pas ex-

posé tantôt qu'il y avait impossibilité qu'il y eût bronchite capillaire avec le croup? car, disait-il, avec deux maladies mortelles réunies, le sujet ne vivrait pas un instant.

— M. FRANÇOIS : Vous ne m'avez pas compris. Je ne puis laisser passer une chose aussi ridicule.

— M. LOMBARD : Voilà évidemment ce qu'a dit mon honorable contradicteur. Or, quand il admet l'exsudat, quand il admet la fausse membrane, n'admet-il pas l'inflammation, n'admet-il pas la bronchite capillaire?

— M. FRANÇOIS : Il ne faut pas que M. Lombard me prête des paroles que je n'ai pas prononcées : j'ai dit que lorsque le croup pseudo-membraneux, le vrai croup est parvenu au point de ne plus laisser qu'un très-faible passage à l'air à travers le tube respiratoire, il n'y a pas lieu de chercher à reconnaître l'existence d'une bronchite capillaire, puisque les deux maladies ne peuvent pas coïncider *lorsqu'elles sont parvenues à un degré avancé*, une seule des deux affections suffisant pour emporter le malade. Je n'ai pas nié, loin de là, la possibilité de la coexistence des deux affections.

— M. SEUTIN : L'honorable M. Boulvin a trop généralisé ma pensée. J'ai dit que la plupart des croups qui guérissent par la trachéotomie n'étaient pas de vrais croups. Il y a loin de là à supposer que les deux cas de croups où l'honorable membre a pratiqué l'opération n'étaient pas de vrais croups. J'aime à croire que l'honorable M. Boulvin ne s'est pas trompé et qu'il a fait avec succès ces deux opérations. Mais je pense que le vrai croup ne guérit que très-rarement et plus rarement encore par la trachéotomie. J'ai vu cinq cas de *vrais croups*; dans trois de ces cas on a opéré; tous cinq ont été suivis de mort.

— M. DIDOT : Il est bien entendu que les observations qui viennent d'être échangées ne s'appliquent pas aux épidémies de croup.

La discussion est close.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

IV. — COMMUNICATION SCIENTIFIQUE.

M. Leroy d'Étiolles, membre correspondant de Paris, soumet à l'assemblée de nouveaux instruments qu'il a récemment inventés pour des opérations relatives aux maladies des voies urinaires.

Des remerciements sont adressés à M. Leroy d'Étiolles pour sa communication (1).

La séance est levée à deux heures trois quarts.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

RECUEIL de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, publié, en France, par ordre du Ministre de la Guerre; les tomes 11^e et 12^e de la 2^e Série. Paris, 1855. In-8^o.

ANNUAIRE de l'Université catholique de Louvain pour 1854. 1 vol. in-12.

TABEAU analytique des maladies mentales, à l'usage des jurisconsultes et des médecins; par M. le docteur J. Parigot. Gand, 1854. 1 br. in-4^o.

BULLETIN de l'Académie impériale de médecine de Paris. Tome XVIII, in-8^o. Paris, 1855.

ANNALES médico-psychologiques. **JOURNAL** de l'aliénation mentale et de la médecine légale des aliénés; par MM. les docteurs Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise. Paris, 1850 à 1855. Les tomes 2 à 5, in-8^o.

RELATORIO sobre a salubridade da Cidade do Rio Janeiro em geral, e a febre amarella em particular, Para Subir à Augusta Presença de S. M. O imperador, por dr Francisco de Paula Candido. Rio de Janeiro, 1855. 1 br. in-8^o.

SULL'INOCULAZIONE qual mezzo profilattico della pleuropneumonia epizootica degli animali della specie bovina; dal dottore M. Reviglio. Torino, 1854, 1 br. in-8^o.

NOTICE sur Herman Vander Heyden, de Louvain, médecin pensionnaire de la ville de Gand en 1612; par M. F.-J. Malcorps, 1 br. in-8^o.

GRONDBEGINSELEN der vroedkunde; door doctor De Meyer. Bruges, 1853, 1 vol. in-8^o.

ERÖFFNUNG eines neuen weges zur sichern indication der arzneimittel; von dr Aug. Garms. Leipzig, 1853, 1 vol. in-8^o.

EXAMEN et analyse de l'avant-projet de loi sur l'organisation sanitaire et sur l'exercice de l'art de guérir; par M. Hubert Boens. Bruxelles, 1853, 1 br. in-8^o.

NOTICE sur la fabrication de la céruse; par M. Chandelon, 1 br. in-8^o.

DAS CHIRURGISCHE und Augenkranken-clinicum der Universität Erlangen, vom 1 octobre 1852 bis zum 30 september 1853; von dr J.-F. Heyfelder. Berlin, 1853, 1 br. in-8^o.

MITTHEILUNGEN aus der orthopadischen anstalt des Johannes Wildberger in Bamberg; von dr C.-M. Wierrer. Berlin, 1853, 1 br. in-8^o.

UEBER die Ursachen und die Behandlung des kothbrechens; von dr Ludwig Schlier. Erlangen, 1853, 1 br. in-8^o.

UEBER Geschwüre des Unterschenkels und deren Behandlung; von dr J. Heckel. Bamberg, 1853, 1 br. in-8^o.

UEBER die Beurtheilung des fleisches Kranker Hausthiere; von J. Kern. Erlangen, 1853, 1 br. in-8^o.

COMPTE-RENDU des travaux du Conseil de salubrité publique de la province de Liège, pendant l'année 1853; par M. A. Spring. Liège, 1854, 1 br. in-8^o.

RAPPORT sur le traitement de la gale, adressé au Ministre de la Guerre; par M. Levy. Paris, 1852, 1 br. in-8^o.

(1) Cette communication sera insérée dans le prochain numéro du *Bulletin*.

RAPPORT sur les épidémies de 1850; par le même. Paris, 1853, 1 br. in-4°.
ANNALES de l'Académie d'archéologie de Belgique; la 1^{re} livraison du tome XI^e.
ANNUAIRE de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, pour l'année 1854, 1 vol. in-18.

DIE SOGENANNT geophagie der Tropische (besser: malaria). Chlorose als krankheit aller lander und klimate dargestellt von C.-F. Heusinger. Cassel, 1852, 1 br. in-8°.

ORDO medicorum Marburgensium S. P. D. Hieronymo Waldmann viro illustrissimo experientissimo. Marburgi, 1 br. in-4°.

VERHANDLUNGEN der physicalisch-medicinischen gesellschaft in Würzburg; le 2^e cahier du 4^e volume.

VERZEICHNISS der Bibliothek der physicalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. Würzburg, 1853, in-8°.

BULLETINS de la Société historique et littéraire de Tournai, le 5^e fascicule du 5^e volume, in-8°.

MÉMOIRES de la Société historique et littéraire de Tournai; le 4^e fascicule du 1^{er} volume, in-8°.

SUR DES OSSEMENTS humains découverts dans une caverne de la province de Namur; par M. A. Spring. Bruxelles, 1853, 1 br. in-8°.

DEKESCHRIFT zur feier ihres fünfzig jährigen Bestehens herausgegeben von der schlesischen Gesellschaft für vaterländische kultur. Breslau, 1853, 1 v. in-4°.

NEUES JAHRBUCH für pharmacie und verwandte fächer; herausgegeben unter mitwirkung des Directorii; von G.-F. Walz und F.-L. Winckler, le cahier de janvier. Speyer, 1854.

DE LA PERIODICITÉ des fièvres intermittentes et des causes qui la produisent; par M. F.-M. Audouard. Paris, 1846, 1 br. in-8°.

FIÈVRE jaune et traite des noirs; par le même. Paris, 1849, 1 br. in-8°.

ÉTIOLOGIE de la fièvre jaune dans ses rapports avec la navigation en général et la traite des noirs en particulier; par le même, 1 br. in-8°.

JOURNAL des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie; les 5^e et 6^e volumes et les nos 1 à 23 du tome 7.

ANNALES de la Société de médecine de Liège; le 1^{er} fascicule du tome 5^e, in-8°.

TRAITÉ de l'affection calculeuse du foie et du pancréas; par M. V.-A. Fauconneau-Dufresne. Paris, 1851, 1 vol. in-8°.

ÜBER-FALSCHE wege, ein beitrug zur pathologie der Harnwerkzeuge. -- Der medicinischen facultat zu Erlangen als dissertation pro venia Legendi vorgelegt; von dr Oscar Heyfelder. Breslau, 1854, 1 br. in-4°.

MÉMOIRE sur les rétrécissements organiques du canal de l'urètre; par M. M. Dupierriis. Paris, 1847, 1 vol. in-8°.

COMPTES-RENDUS des travaux de l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir; le no 1 et 2, année 1852-1854. Chartres, 1854, in-8°.

COMPTE-RENDU de l'Association des médecins du département de la Seine, pour l'exercice 1853; par M. le dr Perdrix. Paris, 1 br. in-8°.

DISCOURS prononcé le jour des funérailles de M. De Hemptinne, au nom de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, par M. le dr Sauveur, 1 br. in-12.

DE L'AFFECTION typhoïde de l'espèce chevaline et de ses rapports avec la fièvre typhoïde de l'homme; par M. Loiset. Lille, 1853, 1 br. in-8°.

MÉMOIRE sur les accidents morbides produits par l'usage des cosmétiques à base de plomb (blanc de fard); par M. le dr F. Fiévée de Jeumont. Paris, 1853, 1 br. in-8°.

DE LA SÉCRÉTION du lait chez les enfants nouveau-nés, et des accidents qui

peuvent l'accompagner ; par M. N. Guillot. Paris, 1835, 1 broch. in-8°.

NOTICE sur Louis Overdatz ; par M. C. Broeckx. Anvers, 1854, 1 br. in-8°.

QUELQUES MOTS sur les maladies des verriers et des tailleurs de cristal ; par M. Putégnat, 1 br. in-8°.

DE L'ASTHME ; par le même.

LES SYMPTÔMES secondaires de la syphilis sont-ils contagieux ? par le même.

NOTE sur le traitement du tétanos par le chloroforme ; par le même.

CONSIDÉRATIONS cliniques sur l'anévrysme de l'aorte abdominale ; par le même, 1 br. in-8°.

COMPTE-RENDU de l'exposition publique de la Société d'horticulture de Marseille ; par M. le dr Sicard. Marseille, 1853, 1 br. in-8°.

MITTHEILUNGEN über die Pest zu Prag in den Jahren 1715-1714 ; von W.-R. Weitenweber. Prag, 1852, 1 br. in-4°.

DEUTSCHRIEFT über August Joseph Cordas Leben und literarisches Wirken ; par le même. Prag, 1852, 1 br. in-4°.

CANAL DE CHARLEROY. Rachat de la concession. Rapport présenté à la Chambre des Représentants par M. le Ministre des Travaux publics ; Bruxelles, 1859, 1 vol. in-4°.

CANALISATION de l'Escaut et de la Lys. Projet de loi, précédé d'un rapport du Ministre des Travaux publics, 1 vol. in-4°.

INONDATION de l'Escaut et de la Lys. 1 vol. in-4°.

MÉMOIRE sur le projet de diminuer les inondations de l'Escaut, de la Lys et de la Durme. Bruxelles, 1844, 1 br. in-4°.

LA NAVIGATION de la Belgique vers Paris. Bruxelles, 1840, 2 vol. in-4°.

DES VOIES navigables en Belgique. Bruxelles, 1843, 1 vol. in-4°.

INONDATIONS de la vallée de la Senne aux abords de Bruxelles. Bruxelles, 1840, 1 vol. in-4°.

RIVIÈRES. Servitude de halage et de marchepied sur la Meuse. Bruxelles, 1846, 1 br. in-8°.

MEUSE. Projet d'amélioration au régime de ce fleuve. Bruxelles, 1851, 1 br. in-8°.

CONVENTION pour régler l'écoulement des eaux des Flandres. Bruxelles, 1843, 1 br. in-8°.

LA MEUSE. Études faites par ordre du Gouvernement Belge. Bruxelles, 1840, 1842 et 1843, 3 vol. in-8°.

MINES, minières, usines minéralurgiques et machines à vapeur, années 1859 à 1849. Bruxelles, 1842, 1846 et 1852, 3 vol. in-4°.

STATISTIQUE des libéralités au profit des établissements religieux et charitables, pendant les années 1850 à 1853. Bruxelles, 1854, 1 br. in-4°.

DES MODIFICATIONS à apporter à la législation des cours d'eau non navigables ni flottables ; par M. V. Vanden Broeck. Bruxelles, 1854, 1 vol. in-8°.

DE L'EXTRACTION de l'alcool par le traitement direct des betteraves destinées à l'alimentation du bétail, et des avantages sociaux qui pourraient résulter de l'application de ce système en Belgique ; par le même. Bruxelles, 1854, 1 br. in-8°.

DE L'HYPERCHROMATOPSIK ; par M. le docteur E. Cornaz. Bruxelles, 1851, 1 br. in-8°.

MATÉRIAUX pour servir à l'histoire des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes ; par le même, Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

NOTICE sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux ; par le même. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

DES ANOMALIES congénitales de la coloration du voile irien ; par le même. Bruges, 1853, 1 br. in-8°.

REVUE ophthalmologique Suisse ; par le même. 1 br. in-8°.

LETTRE à M. le préfet de police sur la syphilisation ; par M. le docteur Auzias-Turenne. Paris, 1853, 1 br. in-8°.

TRAITEMENT curatif du cancer ou des affections cancéreuses, par le docteur N. Landolf, traduit de l'allemand par M. J.-B.-E. Husson. Bruxelles, 1854. 1 br. in-8°.

ARCHIVES de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène, sous la direction de M. Bouchardat. Paris, 1854. 1 vol. in-8°.

DIE EINIMPFGUNG der Lungenseuche des Rindviehes als das bevährteste Schutzmittel gegen diese Seuche ; par M. le docteur J.-M. Krentzer. Erlangen, 1854. 1 vol. in-8°.

STORIA anatomico-patologica del Sistema vascolare, del dottor M. Benvenuti. Padova, 1851, 1 vol. in-8°.

LE PREMIER OUVRAGE de J.-B. Van Helmont ou Eisagoge in artem medicam a Paracelso restitutam ; par M.-C. Broeckx. Anvers, 1854, 1 br. in-8°.

NOUVELLES études philosophiques sur la dégénération physique et morale de l'homme ; par M. le docteur L. Savoyen. Paris, 1854, 1 vol. in-8°.

MÉMOIRES couronnés et mémoires des savants étrangers, publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Tome XXV. Bruxelles, 1854, 1 vol. in-4°.

DE LA PLEUROPNEUMONIE exsudative du gros bétail ; par M. le docteur Willem. Hasselt, 1854, 1 br. in-8°.

VERHANDELING over den nederlandschen versbouw ; door Prudens Van Duyse. Te'Sgravenhage, 1854. 1 vol. in-8°.

TRAITÉ théorique et pratique de médecine oculaire ; par M. P.-J. Vallez. Bruxelles, 1853. 1 vol. in-8°.

DEUTSCHE zeitschrift für die staatsarzneikunde ; le 2^e cahier du 2^e vol. Erlangen, 1854.

ARCHIVES générales de médecine ; les cahiers de février, mars, avril et mai 1854.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une société de médecins ; les cahiers de janvier, février, mars et avril 1854.

NEDERLANDSCH LANCET ; les nos 4 à 7.

ANNALES d'oculistique ; les 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e livraisons du tome XXXI.

MONTHLY journal of medical science ; les cahiers de janvier et février 1854.

UNION médicale ; les nos 6 à 64, année 1854.

LE SCALPEL ; les nos 16 à 29, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris ; les nos 1 à 21, année 1854.

ALLGEMEINE Medicinische Central Zeitung ; les nos 1 à 38, année 1854.

JOURNAL de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers ; les cahiers de janvier, février, mars, avril et mai 1854.

GAZETTE médicale de Strasbourg ; les nos 1, 2, 3 et 5, année 1854.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale ; publiées par les docteurs René Vanoye et J. Ossieur ; les 9 premières livraisons, année 1854.

ANNALES de médecine vétérinaire ; les cahiers de janvier, février, mars, avril et mai 1854.

ANNALES et BULLETIN de la Société de médecine de Gand ; les cahiers de novembre et décembre 1853, et les 4 premières livraisons de 1854.

BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur ; les cahiers de décembre 1853, janvier, février, mars et avril 1854.

BULLETIN de l'Académie royale des Sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique ; les nos 11 et 12 du tome XX et les nos 1, 2, 3 et 4 du tome XXI.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ; les cahiers de janvier, février, mars, avril et mai 1854.

MONITEUR de l'enseignement ; les nos 13 à 24 du tome IV, et no 1 et 2 du tome 1^{er}, 3^e série.

LA PRESSE médicale belge ; les nos 1 à 23, année 1854.

ANNALES de la Société de médecine d'Anvers ; les cahiers de janvier, février et mars 1854.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée ; les nos 13 à 22, 5^e année.

RECUEIL de médecine vétérinaire pratique ; les cahiers de décembre 1853, et janvier, février et avril 1854.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques ; les cahiers de janvier, février, mars, avril et mai 1854.

ARCHIVES belges de médecine militaire ; les cahiers de novembre et décembre 1853, et janvier, février, mars et avril 1854.

GAZETTE médicale de Liège ; publiée par les MM. docteurs Lombard et Boëns ; les nos 1, 2, 5 et 6, année 1854.

EL SIGLO MÉDICO. (Boletín de medicina y gaceta médica) ; les nos 1 à 21, année 1854.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie, rédigée par M. le docteur A. Dechambre ; les nos 15 à 53, année 1854.

ANNALES de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines ; la 4^e livraison de la XI^e année.

CENTRAL-ZEITUNG ; les nos 6 à 26, année 1853 et no 1 à 4, année 1854.

ANNALES de la Société médico-chirurgicale de Bruges ; les livraisons de janvier, février et mars 1854.



MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

N ^{OS} . 1854.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURES corrige. de l'air, à 9 h. du matin.	ÉTATS de la température corrigée révisés à midi.		QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
			Maximum.	Minimum.			
1	769,39	7,1	11,1	6,8	0,38	O.SO.	Sombre, brumeux; pluie fine.
2	761,31	4,6	8,3	3,3	0,38	ENE.-NE.	Pluie le matin; beau le soir.
3	767,98	2,4	7,2	0,1	0,13	NE.	Beau mais brumeux le matin et le soir.
4	762,42	—	4,6	—	5,48	SE.	Variable.
5	756,44	5,4	6,1	2,8	0,76	SO.-O.	Sombre, incertain; pluie le matin.
6	758,75	9,2	10,3	6,3	—	O.	Grif, sombre.
7	760,17	9,4	10,7	8,2	4,83	O.-OSO.	Grif, sombre, venteux; pluie le soir.
8	758,20	8,0	10,6	3,2	8,32	OSO.-ONO.	Variable; pluie et grêle le matin.
9	757,80	1,6	10,0	1,7	0,54	ONO.-O.	Giboulées de pluie, grêle et neige.
10	759,39	1,9	10,6	2,6	0,54	ONO.-O.	Variable, neige.
11	763,60	0,9	4,0	0,38	0,19	NO.-N.-NE.	Incertain mais assez beau.
12	761,40	0,9	3,9	—	—	ONO.-OSO.-S.	Très-beau.
13	771,15	4,2	1,3	—	—	OSO.-NE.	Superbe.
14	775,59	4,7	—	—	—	ENE.-NE.	Dégel partiel; pluie et neige.
15	753,67	0,6	2,7	—	3,05	NNE.-OSO.	Incertain; dégel partiel, un peu de neige.
16	756,18	1,2	2,7	—	0,76	O.-ORO.	Sombre, pluieux; orage le soir.
17	753,71	2,1	3,3	0,2	5,73	SO.-O.	Giboulées de neige et de grêle.
18	749,49	—	5,2	—	5,09	O.-ORO.	Bourrasques de neige et de grêle.
19	749,77	1,6	4,9	0,4	6,38	NO.	Grif, brumeux; neige et pluie le soir.
20	751,58	1,9	4,6	0,6	6,49	NO.-SO.	Grif, brumeux.
21	761,25	1,8	4,3	0,8	0,38	SO.-ENE.	Pluie le matin, beau ensuite.
22	767,93	—	2,6	—	2,17	NE.-OSO.	Assez beau; un peu de pluie le soir.
23	762,02	—	2,7	—	—	O.-OSO.	Incertain.
24	772,85	2,0	6,7	0,6	3,31	O.-NO.	Muscent, assez beau.
25	768,53	7,1	6,3	3,5	0,76	O.-NO.	Variable, pluie.
26	768,84	8,6	6,3	0,7	—	—	—
27	769,80	2,7	6,8	—	—	—	—
28	767,65	3,9	6,6	2,3	—	—	—

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

MARS. 1854.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE centigr. de l'air, à 9 h. du matin.	ÉTENDUES de la température centigrade réflectée à midi		QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
			Maximum.	Minimum.			
1	777,15	2,5	8,3	0,7	1,30	0-SSE.	Superbe.
2	777,64	3,4	8,0	— 0,9	—	SSE-SSE.	Superbe, pas un nuage.
3	775,66	3,6	8,0	1,3	0,15	SE-SSE.	Superbe.
4	775,77	3,0	10,4	0,9	0,15	SSE-E.	Brouillard le matin; très-beau le soir.
5	777,66	0,6	—	— 0,5	0,25	E.	Brouillard le matin; très-beau le soir.
6	772,77	—	8,1	— 1,6	—	E.	Très-beau.
7	768,75	2,5	9,5	— 0,9	—	E-SSE-0.	Grès, sombre, vent fort.
8	768,67	5,7	11,6	2,6	0,10	SSO-OSO.	Grès, sombre, vent fort.
9	768,32	6,9	11,0	8,1	0,05	OSO.	Couvert le matin, beau le soir; coups de vent.
10	768,29	11,3	13,2	10,3	—	OSO.	Nuageux le matin, beau le soir.
11	764,45	8,7	14,6	6,7	—	OSO.	Très-beau.
12	761,95	7,5	13,4	4,3	—	SSS-SSE.	Temps superbe, pas un nuage.
13	759,54	10,4	15,1	6,5	—	SSS-SSE.	Très-beau.
14	758,44	11,2	16,4	8,8	—	SSS-SSE.	Incertain : un peu de pluie le soir.
15	764,06	8,4	17,3	9,5	—	SSS-SSE.	Beau : se couvre le soir.
16	766,20	11,8	18,3	8,9	—	SSS-SSE.	Nuageux le matin, beau le soir.
17	763,59	7,9	16,3	3,9	2,40	SSS-SSE.	Très-beau.
18	763,28	5,4	16,8	2,9	—	SSS-SSE.	Beau le matin, nuages le soir.
19	763,07	4,1	16,3	2,1	—	SSS-SSE.	Incertain le matin, beau le soir.
20	764,57	1,1	16,3	2,1	—	SSS-SSE.	Grès, sombre.
21	769,97	4,6	8,5	— 0,7	0,05	SSS-SSE.	Très-beau : se couvre et pluie fine le soir.
22	763,02	1,8	8,2	— 1,6	0,45	SSS-SSE.	Grès, sombre.
23	763,48	6,3	8,0	— 2,0	—	SSS-SSE.	Beau le matin, sombre et bruine le soir.
24	760,91	6,4	8,8	2,5	0,10	SSS-SSE.	Grès, sombre; pluie fine par intervalles.
25	765,09	8,8	10,0	4,2	0,30	SSS-SSE.	Sombre : se découvre le soir.
26	763,74	5,3	9,9	2,4	—	SSS-SSE.	Grès, incertain.
27	763,53	5,6	9,9	1,8	—	SSS-SSE.	Beau mais vent sec.
28	767,09	9,4	13,9	4,3	—	SSS-SSE.	Beau mais vent sec; se couvre le soir.
29	766,14	7,9	13,4	5,1	—	SSS-SSE.	Beau mais vent sec.
30	767,33	8,3	—	—	—	SSS-SSE.	—
31	—	—	—	—	—	SSS-SSE.	—

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

ANAL. 4884.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE corrige. de l'air, à 9 h. du matin.	EXTRÊMES de la température centigrade relevée à midi.		QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
			Maximum.	Minimum.			
1	766,59	7,3	12,7	3,5	—	80.-080.	Très-beau.
2	768,23	10,5	15,8	8,4	—	880.-8.	Superbe, pas un nuage.
3	767,79	11,1	16,0	7,4	—	80.-N0.	Très-beau.
4	772,06	8,3	13,6	3,1	—	0N0.-0.	Très-beau.
5	768,16	9,3	14,4	3,6	—	80.-0.-0N0.	Superbe.
6	768,86	10,7	16,1	4,1	—	80.-080.	Superbe.
7	767,15	10,0	17,5	4,9	—	80.-0.	Superbe.
8	765,41	8,9	17,3	6,3	—	N-NNE.	Superbe.
9	760,80	12,2	17,8	6,0	—	NNE.-N0.	Superbe; vent sec le soir.
10	763,11	7,9	18,3	3,0	—	N0.-E.	Très-beau, vent sec.
11	759,44	12,3	16,4	4,5	—	ENE.-E.	Superbe.
12	765,23	9,8	19,2	4,5	—	ENE.-E.	Superbe.
13	768,02	10,4	17,5	3,7	—	SE.-E.	Superbe, pas un nuage.
14	763,57	11,5	17,5	8,1	—	E.-SE.	Superbe, temps chaud; orageux le soir.
15	758,10	18,1	21,1	8,3	—	8.-080.	Incertain, menaçant; pécilait le soir.
16	758,94	9,8	22,5	8,3	0,70	0.-E.	Gris, sombre le matin; superbe le soir.
17	763,34	7,4	13,7	6,9	—	E.	Superbe.
18	762,67	13,2	17,4	6,2	—	E.-ESE.	Très-beau; se couvre le soir.
19	759,55	18,6	20,2	6,3	—	880.-88E.-080.	Superbe.
20	753,55	17,6	21,7	11,2	—	880.-88E.	Très-beau; se couvre le soir.
21	746,89	18,4	22,1	13,4	0,40	880.-88E.	Jauneux, incertain.
22	741,75	18,2	19,6	11,1	0,50	88E.-NNE.	Journée chaude, orageuse.
23	749,77	8,3	22,1	6,5	32,90	NNE.-N0.	Nuageux, incertain; vent froid, piquant.
24	762,54	6,2	10,3	8,1	0,05	NE.-ENE.	Variable, gibouilles; vent froid.
25	768,21	6,1	8,9	—	—	ENE.-NNE.-NNO.	Nuageux, froid, incertain; pluie le soir.
26	764,33	8,4	11,5	5,9	1,75	NNO.-NNE.	Nuageux, incertain; se découvre le soir.
27	756,20	7,6	13,3	2,9	1,20	80.-080.	Sombre, froid, pluvieux.
28	748,70	8,1	10,1	4,2	22,05	080.-080.	Froid, sombre, pluie intermittente, bourrasques.
29	748,34	6,8	10,7	4,3	5,15	080.	Sombre, pluvieux; se découvre le soir.
30	746,45	7,0	8,5	1,4	2,50	8.-080.	Sombre, pluvieux; vent fort le soir.

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

Moi. 1854.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 6 h. du matin.	TEMPÉRATURE centig. de l'air, à 9 h. du matin.	EXTRÊMES de la température centigrade relevés à midi		QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
			Maximum.	Minimum.			
1	741,47	10,2	10,5	7,7	10,30	80.	Sombre, pluvieux.
2	741,37	13,5	15,2	9,9	3,00	80.-080.	Incertain; pluie et vent chaud.
3	746,95	17,7	20,1	10,8	0,70	80.-880.	Temps chaud, orageux.
4	746,90	11,3	17,1	10,1	17,30	80.	Couvert; pluie.
5	746,48	11,5	14,7	9,4	1,35	80.-8.	Variable; orage l'après-midi.
6	750,97	11,8	16,5	5,7	5,45	80.	Variable, pluie.
7	750,88	12,7	15,0	8,1	3,25	80.-90.	Incertain; pluie le soir.
8	746,28	18,5	16,1	10,2	3,90	880.-890.	Variable, vent, pluie et grêle.
9	752,05	12,5	14,5	7,5	3,30	880.-890.	Variable; orage le soir.
10	754,96	12,5	16,4	8,3		880.-N.	Assez beau, mais incertain.
11	761,14	12,9	15,6	6,7	0,05	N.	Beau.
12	761,70	12,7	18,0	8,6		N.-NNO.	Très-beau.
13	758,55	14,5	19,3	8,8		NNO.-NO.	Très-beau.
14	760,37	8,4	19,9	9,1		NO.-NNE.	Beau le matin, pluie le soir.
15	759,24	13,7	18,3	7,2		NNE.-NE.	Beau, mais incertain et vent l'après-midi.
16	757,80	13,5	16,8	9,1	7,85	NE.-ESE.	Très-beau
17	758,70	12,9	19,8	6,3	0,05	NE.-NO.	Beau le matin, sombre et vent froid le soir.
18	758,11	12,9	17,7	7,7		NO.	Très-beau, vent assez froid.
19	762,19	12,4	20,4	7,9	0,40	NE.	Très-beau.
20	763,88	12,6	18,3	4,7	0,05	NE.	Très-beau; nuageux le soir.
21	754,84	14,7	18,4	6,2		NE.-080.	Nuageux, incertain.
22	751,30	17,9	20,5	11,7		80.-880.	Nuageux; menaçant l'après-midi.
23	748,58	15,7	20,4	13,3	0,50	80.-890.	Assez beau, pluie le soir.
24	753,60	18,6	20,9	9,4	7,75	080.	Incertain; pluie le soir.
25	755,37	15,2	17,8	9,5	1,35	880.-0.	Variable, pluie; beau mais froid le soir.
26	752,78	16,4	16,7	7,7	5,85	080.	Très-beau.
27	753,48	14,2	17,9	9,0	0,35	080.-90.	Beau; pluie dans la soirée.
28	754,41	14,4	19,2	10,1	0,15	80.-80.	Variable, un peu de pluie.
29	752,49	13,6	18,8	9,3	0,30	80.	Assez beau.
30	754,63	14,3					
31	756,31	17,0	19,2	9,1	0,70	80.	

Observation de croup, chez un adulte, suivi de trachéotomie et de guérison, recueillie par le docteur FRANÇOIS BRIBOSIA fils, de Namur, ancien interne des hôpitaux civils de Louvain.

Mademoiselle D...., de Bruxelles, âgée de vingt ans, novice depuis deux mois dans un couvent de Namur, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, à la figure fraîche et remplie, a toujours joui d'une santé fort satisfaisante. Toutefois, étant encore dans le monde, elle était quelquefois sujette à de légères laryngites qui disparaissaient par l'usage de moyens fort simples. L'écoulement menstruel est supprimé depuis son entrée en religion. Plusieurs semaines avant l'invasion du mal actuel, elle avait eu de temps en temps des quintes d'une toux rauque qui se présentaient surtout la nuit, et cela, sans aucun dérangement apparent dans la santé.

Samedi, 13 novembre 1852, jour où je la vis pour la première fois, elle me dit que depuis peu de temps elle était atteinte d'une toux sèche, rauque, pénible, assez fréquente, avec gêne de la respiration, douleur à la région laryngienne augmentant par la pression, douleur à la gorge lors des mouvements de déglutition. La voix est voilée, le timbre en est considérablement altéré et affaibli ; l'appétit est nul, malaise général. La peau est chaude, sèche, la figure fortement colorée ; le pouls est régulier et développé, battant de 100 à 105 fois par minute. La langue est large, blanche, humectée, l'inspection de la gorge nous montre la muqueuse rouge, injectée ; les amygdales sont gonflées et le siège d'une inflammation évidente ; absence de concrétions blanchâtres à leur surface ; l'appétit est nul. La malade porte instinctivement la main à la région laryngienne où elle accuse de la douleur. Cette région est visiblement tuméfiée. La toux est vive, d'une sécheresse remarquable, pénible, très-rauque, sans la moindre tendance à l'expectoration. L'inspiration est courte, fréquente, l'expiration fait entendre un sifflement laryngien. Les ailes du nez sont dans un continuel mouvement de dilatation et de resserrement. De plus la malade se plaint de gêne de la respiration : la chose est, du reste, visible. Les efforts musculaires qu'elle nécessite sont plus énergiques que d'habitude. A l'auscultation, aucun bruit anormal ; seulement on entend que le murmure vésiculaire est considérablement affaibli.

L'ensemble de ces symptômes me firent porter le diagnostic d'une laryngite très-aiguë. L'âge de la malade, sa bonne constitution, l'absence de concrétions pultacées pharyngiennes, m'éloignèrent tout à fait de l'idée d'une inflammation pseudo-membraneuse du larynx ou de toute autre affection. En conséquence, je prescrivis vingt sangsues à la région thyro-hyôidienne et aux parties latérales du cou, vingt grains de kermès, boissons adoucissantes, cataplasmes sur les extrémités et diète absolue. Le lendemain, la malade est mieux, mais les symptômes ne sont que légèrement amoindris. J'ordonne une seconde application de vingt sangsues loco dolenti et vingt grains de kermès, qui de même que la potion de la veille procurèrent plusieurs vomissements et plusieurs selles. La nuit qui suivit fut mauvaise, la malade agitée. Cependant à ma visite du lendemain je la trouvai soulagée : mêmes prescriptions que la veille et dix sangsues à la région laryngienne. Cependant la toux restait toujours la même, sèche, rauque, creuse, pénible, l'inspiration sifflante, anxieuse, courte : on entendait parfaitement qu'il y avait un obstacle dans la glotte, que celle-ci était en partie obstruée. Vu l'inutilité, ou le peu d'effets des moyens prescrits jusqu'à ce moment, je fis appliquer le lendemain un large vésicatoire au niveau du cartilage thyroïde, et attendis ses résultats.

Ici je fais remarquer que depuis son entrée à l'infirmerie la malade eut chaque jour des redoublements périodiques, de véritables accès pendant lesquels s'aggravaient tous les symptômes ; la toux devenait plus fréquente, toujours avec les mêmes qualités sus-mentionnées : la figure se colorait vivement, le pouls se précipitait, et la respiration devenait de plus en plus gênée. Ces accès ne firent qu'augmenter à dater du début de la maladie. Toutefois la progression dans leur violence ne fut pas toujours régulière ; les évacuations sanguines locales en diminuaient chaque fois l'énergie.

Dans l'après-midi du 20 novembre, le redoublement de suffocation fut intense : absence complète de voix, face vivement colorée, respiration difficile, sifflante, menace d'asphyxie, la sueur inondant la figure et le reste du corps. Un confrère, M. le docteur Everard, fut appelé en second. Nous fîmes appliquer quinze sangsues à la gorge, et donner l'émétique en lavage. Après un écoulement de sang assez long, et de nombreux vomissements, la malade fut soulagée et l'accès se calma. Les jours suivants, sous l'emploi des antimoniaux, la malade n'empira pas, mais

n'offrit nulle tendance à une amélioration radicale. On convint même de donner quelques grains (douze à quinze) de sulfate de quinine contre ces redoublements si réguliers, mais, qui, du reste, comme tout le monde le sait, s'observent toujours dans les maladies avec obstacle, gêne à la respiration. Ce médicament, combiné aux autres moyens, parut amoindrir les accès des deux jours suivants, pendant lesquels l'état de la malade resta stationnaire : la gêne de la respiration n'augmentait pas. Un nouveau vésicatoire fut appliqué à la partie moyenne du cou, et le lendemain nous ne constatâmes nul changement. Je commençai à concevoir des inquiétudes sur la nature d'une laryngite aussi rebelle : les symptômes d'accès convulsifs assez réguliers m'avaient bien, à la vérité, suggéré quelque temps l'idée d'une laryngite striduleuse suraiguë ; mais l'aggravation fatale et incessante des phénomènes pathologiques me donnaient désormais la certitude d'un obstacle physique permanent à l'introduction de l'air dans la poitrine, et siégeant dans le larynx. Était-ce peut-être un œdème de la glotte ? Certes, il y en avait beaucoup de symptômes. Cependant la bonne santé antérieure de la malade, la fièvre vive, l'absence d'expectoration, les caractères de la toux, de la voix et de la respiration me firent rejeter cette idée, et je portai définitivement le diagnostic d'un véritable croup, chose si remarquable à cet âge, quoique n'étant pas sans exemple, et cela malgré l'absence de concrétions pultacées pharyngiennes, absence que des auteurs ont déjà signalée. Ce diagnostic partagé complètement par mon confrère, M. Everard, fut pleinement confirmé dans la suite.

Il y avait plusieurs jours que le redoublement périodique du soir n'avait pas eu une grande intensité, lorsque jeudi 25 novembre, vers six heures du soir, nous fûmes appelés en toute hâte ; la malade, disait-on, suffoquait. Depuis quatre heures de relevée, la respiration s'était de plus en plus embarrassée. Nous trouvâmes la patiente dans un état très-alarmant. On entendait un sifflement pénible et rude dans le larynx : la toux était très-rauque, fréquente, la voix quasi éteinte, l'orthopnée des plus intenses, la face bleue, luisante, inondée de sueur ainsi que le reste du corps, les inspirations précipitées et coup sur coup. La malade était dans des angoisses inexprimables : j'étouffe, coupez, disait-elle, en montrant du doigt son cou ; c'était les seules monosyllabes qu'elle pouvait articuler. Nous prescrivîmes du tartre stibié en lavage et des sinapismes aux pieds, et attendîmes quelque temps les effets de cette médication : le vomissement n'amena

aucun soulagement ; au contraire, les symptômes ne firent que s'aggraver, l'asphyxie était imminente et nous allions voir se terminer d'une manière fatale cette scène effrayante, lorsque je proposai, comme dernière planche de salut, la trachéotomie. Nous fûmes parfaitement d'accord, M. Everard et moi, que c'était l'unique ressource, si toutefois il en restait encore. Mais pendant le temps qu'il fallut, et le temps était précieux, pour se procurer les instruments et faire les différents préparatifs à l'opération, le danger s'était tellement accru que nous pensâmes qu'il était trop tard. Il était sept heures du soir : jusqu'alors la malade avait encore pu articuler quelques mots, malgré l'horrible dyspnée. La face bleue, le pouls misérable indiquaient bien qu'il existait encore une circulation quelque embarrassée qu'elle fût ; mais maintenant nous nous trouvions en face d'une mort qui allait nous surprendre. Jamais péril ne fut plus prochain. La connaissance était complètement perdue, la malade n'entendait, ne répondait plus ; le pouls était intermittent, irrégulier et filiforme ; la face était décomposée, d'une pâleur cadavérique, froide, inondée d'une sueur glaciale ; les traits effilés, les lèvres sèches, tendues, luisantes ; la respiration intermittente, et qui vint à être accompagnée de cette terrible contraction des commissures labiales avec abaissement de la lèvre et de la mâchoire inférieures, signes non douteux de l'agonie qui commence, surtout quand ils accompagnent le râle trachéal, symptôme qui venait également de s'ajouter aux autres. La mort était là. Fallait-il opérer ? Je l'avoue, les instruments me tombèrent des mains et nous fûmes sur le point d'abandonner l'opération pour ne pas compromettre la science ; car bien probablement, après l'avoir pratiquée, il ne devait nous rester en mains qu'un cadavre. Cependant je me décidai à l'entreprendre. J'incisai la peau depuis la partie inférieure du cartilage thyroïde jusqu'au sternum, puis successivement et avec précaution les différentes couches de tissus, ayant soin d'explorer de temps en temps avec le doigt pour voir si je ne découvrais aucun battement artériel dans le champ des incisions. Rien de remarquable ne se présenta, sauf l'écoulement sanguin assez abondant qui eut lieu lorsque j'incisai les quelques veines thyroïdiennes et cette espèce de plexus veineux qui se trouve au devant de la trachée ; on épongea avec de l'eau alunée très-froide. La malade pendant tout ce temps ne donna aucun signe de sensibilité : un terrible agent anesthésique s'était

emparé d'elle; quelque temps avant d'arriver à la trachée, la mort était tellement imminente, et l'agonie si avancée que le courage me faillit et fus de nouveau sur le point d'en rester là : découvrant enfin la trachée artère, j'y plongeai la pointe d'un bistouri droit et incisai verticalement trois ou quatre anneaux du tube aérien en relevant l'instrument. Puis, y faisant pénétrer les mors de pincées, je maintins l'ouverture largement béante. Au même instant l'air se précipita dans le canal respiratoire avec un sifflement énergique qui fut entendu de tous les assistants ; du sang y pénétra en même temps. Plusieurs inspirations et expirations fortes et précipitées se firent coup sur coup avec un violent bruit de soufflet qui se passait à l'ouverture qui venait d'être pratiquée ; peu après, la malade ouvrit les yeux, elle était sauvée. Nul ne pouvait en croire ses yeux : notre étonnement et notre joie furent extrêmes en voyant avec la respiration qui s'établissait avec force par l'ouverture trachéale et la connaissance qui était revenue presque immédiatement, en voyant, dis-je, renaître une vie sur laquelle nous ne comptions plus. Pendant ce temps, des pincées maintenaient toujours ouvertes les lèvres de la plaie, peu inquiets du sang qui pouvait pénétrer dans la trachée et comptant sur les efforts de toux et le rétablissement de la circulation. Je fis donner à la malade quelques cuillerées de vin chaud, appliquer des cruchons d'eau chaude à ses côtés, car elle était froide. Enfin, lorsqu'à nos justes craintes, succéda l'assurance d'un succès aussi inespéré, lorsque le pouls, la chaleur, la coloration des tissus furent reparus avec la vie, je plaçai une canule provisoire, imparfaite à la vérité, mais suffisante pour l'entretien de la vie : elle fut fixée au moyen de plusieurs fils ; quelques bandelettes agglutinatives furent appliquées sur l'ouverture extérieure sans la fermer complètement. Des recommandations très-expresses furent faites aux gardes malades de dégager de suite avec un pinceau ou des pincées l'orifice de la canule, s'il s'y présentait des mucosités, et en cas du moindre accès de suffocation de nous mander sur-le-champ. Je prescrivis en outre une potion calmante et légèrement excitante, par cuillerée à bouche toutes les heures (4 onces de véhicule pour un demi-gros de laudanum et de liqueur d'Hoffmann).

Vendredi 26. La malade a été très-calme : elle a dormi une bonne partie de la nuit ; la canule a donné passage à une assez grande quantité de mucosités épaisses, grisâtres et quelquefois sanguinolentes. La canule nettoyée et remise en place, les bords

de la plaie sont rapprochés exactement. La respiration est calme ; le pouls bat environ cent fois par minute.

Vu l'état de la malade, nous autorisons l'usage d'un peu de bouillon. La déglutition est très-douloureuse, cela est évidemment dû à la présence de la canule, car quand celle-ci est ôtée les liquides sont avalés sans difficulté. On continue la potion calmante : on panse avec un linge cératé de larges phlyctènes à la partie externe des cuisses, résultat de brûlures causées par l'application trop longue et trop immédiate de cruches d'eau chaude pendant la période d'asphyxie.

Le soir jo revois la malade. La journée a été bonne : mais à ce moment il y a réaction, fièvre, la face est rouge, le pouls plus accéléré. Beaucoup de mucosités sont sorties par la canule. Il y a eu quelques légers accès de suffocation, mais qui n'apparaissaient que lorsqu'un mucus devait sortir en assez grande abondance.

Samedi 27. Nuit assez bonne : cependant il y a eu un peu d'agitation, et la fièvre a été continue. Maintenant le pouls s'est un peu calmé : (90) la canule a donné passage à une quantité assez notable de matières de même espèce que les précédentes. Vu le désir de la malade, on lui permet encore du bouillon aux herbes. La plaie qui est largement béante permet d'apercevoir dans le fond une ouverture verticale à la trachée, intéressant trois ou quatre anneaux. Comme la présence de la canule est extrêmement douloureuse, que la malade refuse alors de boire, et qu'une large colonne d'air peut facilement traverser la plaie, je supprime la canule pour la journée et replace pour la nuit la double canule de M. Bretonneau modifiée par M. Borgellat. Une chose assez remarquable se passa ce jour-là : plusieurs cuillerées du bouillon aux herbes sortirent par la plaie, accident qu'avait déjà signalé M. Guersant : ce fut la seule fois que je l'observai. On continue la potion calmante.

Dimanche 28. Il y a eu beaucoup d'agitation pendant la nuit : on a nettoyé à différentes reprises la canule intérieure des mucosités qui l'obstruaient. Toutefois à notre visite du matin, nous trouvons la malade calme et dans un état satisfaisant. Le pouls est à 95 ; l'appétit se prononce ; bouillon et légère portion de poulet. Déglutition moins douloureuse. Peau bonne, figure rayonnante. Nous ôtons la canule pour quelques heures comme nous avons fait la veille, vu que cette tentative n'avait eu pour résultat que de soulager la malade, et que la respiration se fait parfaitement. Le soir la canule est remplacée.

Lundi 29. La nuit il y a eu quelques accès de suffocation, dus évidemment à la présence de mucosités obstruant momentanément la canule. Au matin la malade est calme et très-satisfaite. Lorsqu'on applique le doigt sur l'orifice extérieur de la canule et qu'on engage la malade à respirer, on entend l'air passer par la glotte plus facilement que la veille, mais toujours avec un sifflement. Même alimentation. Nous prescrivons des gargarismes fortement astringents, et ôtons la canule jusqu'à la soirée, mais nous fûmes obligés de la replacer plus tôt, car vers deux heures de relevée la malade fut prise d'un accès de suffocation des plus intenses : appelés en hâte, nous trouvâmes la jeune personne sur le point d'asphyxier, pouvant à peine parler, dans une dyspnée excessive et la face bleue, inondée de sueur. Nous vîmes que la plaie trachéale était obtruée par des mucosités et surtout par la boursouffure des parties voisines. On remplaça la canule, tous les accidents cessèrent, et on se promit bien de ne plus l'ôter. Dans le courant de cette journée il y eut évacuation *par la canule, d'une fausse* membrane dense, sanguinolente, de deux centimètres de long sur un de large, aplatie et affectant assez régulièrement la forme d'un segment de la trachée. A cette portion de pseudo-membrane en était attachée une autre moins solide, comme filamenteuse, assez épaisse, grisâtre, élastique, assez analogue au tissu des artères : cette dernière portion paraissait sillonnée de petits vaisseaux. L'évacuation de ces produits morbides soulagea beaucoup la malade.

Mardi 30. Nuit assez bonne. La malade a dormi par intervalles : des mucosités traversent toujours la canule. Pouls à 90. Potage et viande blanche. On continue les gargarismes qui produisent chaque fois l'expulsion de débris filamenteux. Si l'on ferme l'ouverture de la canule avec le doigt, la suffocation renaît encore et l'air ne traverse le larynx que péniblement et avec un sifflement rude. A la soirée, je revois la malade : elle a rendu par la canule un fragment pseudo-membraneux analogue à ceux de la veille, mais plus petit, et l'on remarque que les mucosités qui suivent cette expulsion sont sanguinolentes, phénomène déjà constaté de la veille, et dû probablement à l'état d'organisation assez avancée des produits plastiques. La malade a plus de fièvre que le matin. Cent quinze pulsations. Face très-colorée.

Mercredi 1^{er} décembre. Nuit calme. Sommeil de plusieurs heures avec interruptions... Otant la canule pour examiner et

panser la plaie, il sort par les efforts de la toux une grande quantité de mucosités grisâtres véritablement bronchiques tout à fait exemptes de sang : elles furent abondantes la nuit. Pouls à 100. Soif médiocre. Potion kermétisée : potage et légère portion de veau. Une selle au moyen de lavement. A la soirée, je trouve l'exacerbation quotidienne moins forte que les jours précédents.

Jeudi 2. La nuit, qui a été assez bonne, n'a été interrompue que par l'évacuation de mucosités, au milieu desquelles se trouvent encore des fragments pseudo-membraneux, à la suite desquels l'expectoration devient de nouveau sanguinolente, mais pour peu de temps. Celle-ci est manifestement moins abondante. En portant profondément le doigt dans l'arrière-gorge, je sens parfaitement la glotte dont les bords sont durs, épais et rugueux, ce qui me fit croire qu'ils étaient encore tapissés de matières analogues à celles qui avaient été expulsées précédemment. Pouls à 95. Si le doigt obstrue l'orifice de la canule on constate que l'air traverse plus librement les voies naturelles. Fièvre plus prononcée le soir.

Vendredi 3. Nuit très-mauvaise. Sommeil absolument nul : la malade a été fort agitée et la respiration très-embarrassée ; elle a parlé à voix fort distincte, chose qui étonna beaucoup les gardes malades, car depuis l'opération la voix était complètement abolie et la raison en était toute simple. Cet accident me fit croire que la canule avait dû se boucher pendant la nuit : en effet, je la trouvai hermétiquement fermée par des mucosités ; tous les accidents se dissipèrent à l'instant ; une expectoration abondante, épaisse se fit par la fistule et tout rentra dans l'ordre ; légère cautérisation de la plaie à l'extérieur avec le nitrate d'argent. Pouls agité, résultat probable d'une mauvaise nuit. Continuation de gargarismes fortement aluminés.

Samedi 4. Cautérisation de la glotte avec une éponge trempée dans une solution concentrée de nitrate d'argent (parties égales). Pendant toute la journée, il y eut évacuation de débris d'apparence pseudo-membraneuse, lors des gargarismes. La plaie extérieure tend à se cicatriser. L'air traverse facilement la glotte, mais nous ne pouvons encore fermer la fistule. Journée excellente.

Dimanche 5. Fort bonne nuit : nouvelle cautérisation de la glotte et de la plaie externe. Appétit très-bon, gargarismes, un peu de mucosités sanguinolentes.

Lundi 6. État très-satisfaisant. J'ôte la canule et ferme complètement la plaie au moyen des bandelettes agglutinatives. La malade n'en est nullement gênée ; la respiration et la voix sont parfaites. Cependant, par mesure de prudence, je remets la canule pour la nuit. La toux qui est encore rauque est presque supprimée ; l'expectoration diminue considérablement.

Mardi 7. Toujours de l'accélération dans le pouls. Cependant l'état est satisfaisant. J'ôte encore la canule jusqu'à la nuit et ferme la plaie. La malade n'éprouva aucune dyspnée. Il y eut de la fièvre pendant cette journée, transpiration, malaise ; le soir le pouls est à 106. Anorexie complète.

Mercredi 8. 100 pulsations : toujours de la fièvre ; un peu plus d'appétit que la veille ; peu de toux et de crachats.

Jeudi 9. Peu de sommeil : appétit bon. La plaie est presque fermée. 103 pulsations. La nuit il y eut de la transpiration de même que les quelques nuits précédentes. Peau bonne, figure naturelle : la canule est enfin supprimée définitivement.

Vendredi 10. Journée excellente. La plaie ne communique plus avec la trachée ; respiration très-bonne ; toux grasse, peu fréquente ; pouls à 93.

Samedi 11, dimanche 12. Comme la veille.

Lundi 13. Un peu de fièvre ; état saburral ; langue muqueuse, anorexie. Potion laxative.

Mardi 14. Il y eut des selles assez copieuses ; l'appétit est meilleur ; la plaie est presque fermée.

Mercredi et jours suivants. Il ne reste plus à se cicatriser que la partie inférieure de la plaie, portion qui ne faisait pas partie de l'incision pratiquée à la peau, mais qui résultait de la chute d'une eschare produite par l'application de vésicatoires ammoniacaux appliqués à la partie supérieure de la poitrine lorsque la malade allait succomber à l'asphyxie. Toux et expectoration presque nulles, mais la première reste rauque, et a un timbre assez énergique. Cette raucité dépend probablement de la présence de quelques restes de fausses membranes qui auront fait corps avec la muqueuse glottique et laryngienne.

Dimanche 19 décembre 1853. Cicatrisation entière de la plaie faite au cou. La guérison est complète : état on ne peut plus satisfaisant. La malade quitte l'infirmerie.

RÉFLEXIONS.

L'observation que nous venons de rapporter, avec peut-être trop de détails, est remarquable à plusieurs titres. L'affection dont était atteinte notre jeune malade, accompagnée de symptômes, les uns franchement inflammatoires, les autres évidemment périodiques et d'un caractère nerveux, nous a laissé quelque temps dans l'incertitude du diagnostic. Balançant entre une laryngite striduleuse, un œdème de la glotte et un croup, nous avons dit plus haut les motifs qui nous ont fait adopter le dernier. Les exemples de croup chez l'adulte, bien que rares à la vérité, sont pourtant incontestables, et les observations de MM. Louis, Horteloup, Charcley, etc., ne laissent rien à désirer à cet égard. Le traitement que nous avons institué, celui que conseillent la plupart des auteurs, était dirigé contre les symptômes inflammatoires si évidents dans le cas que nous venons de rapporter. Ayant affaire à une personne d'une bonne constitution, les antiphlogistiques, les émissions sanguines, les antimonialaux n'ont pas été épargnés. On a pu voir que leurs bons effets n'étaient malheureusement pas de longue durée. L'emploi des vésicatoires ne nous a pas non plus paru d'une utilité évidente. Ce fut ainsi qu'après avoir successivement employé la plupart des remèdes que possède la thérapeutique contre cette maladie, après y avoir même fortement insisté, mais sans résultat, c'est ainsi que nous fûmes témoins des progrès incessants de la maladie et d'une agonie qui commençait. C'est alors que nous avons proposé et pratiqué la trachéotomie. Réflexion faite, nous croyons avoir trop longtemps attendu : mais si l'on réfléchit à la difficulté avec laquelle on se résout à proposer une semblable ressource, à la facilité avec laquelle on espère de l'amélioration des moyens ordinaires que l'on met en usage, si l'on réfléchit à l'incertitude qui règne encore chez bon nombre de praticiens sur la valeur de cette opération, aux précédents enfin, si rares en ce pays, nous obtiendrons facilement un bill d'indemnité. Nous avons dit comment, au milieu de l'opération, en présence d'une fin imminente nous fûmes sur le point d'abandonner la partie et d'en rester là, ne sachant pas qu'il fût possible de revenir de l'agonie.

S'il nous était permis de présenter les quelques réflexions que ce fait si intéressant nous a suggérées, réflexions qui sans doute ne seront que de bien médiocre valeur, vu qu'elles ne seront

appuyées que sur une seule observation, nous nous demanderions, faut-il pratiquer la trachéotomie, quand faut-il la pratiquer ?

Faut-il pratiquer la trachéotomie ? Nous ne prétendons parler de cette opération que pour autant qu'elle rentre dans la thérapeutique de l'angine pseudo-membraneuse ; car pour ce qui concerne les corps étrangers dans le larynx et les voies respiratoires, où la chose est de la dernière évidence, l'œdème de la glotte qui la nécessite aussi, et quelques autres affections, il ne peut en être question ici. Quant au croup, quelques discussions qu'ait pu soulever la trachéotomie, la solution n'est plus aujourd'hui douteuse. Les faits de guérisons obtenues dans des cas presque désespérés par MM. Bretonneau, Trousseau, etc., sont tellement nombreux, que la question ne saurait plus rester douteuse ; par conséquent, il faut faire cette opération : pourquoi dans notre pays la pratique-t-on si rarement ? Nous en avons déjà mentionné les motifs ; voici les principaux : d'abord la difficulté avec laquelle on obtient l'autorisation des parents qui pour la plupart sont révoltés à l'idée de voir ouvrir le cou à leur enfant, surtout quand on doit leur répondre que le succès est loin d'être certain. Mais il est encore une autre raison ; c'est que souvent lorsque le médecin, qu'embarrassent déjà les divergentes opinions des auteurs, songe à la pratiquer, il a déjà à différentes reprises employé les moyens ordinaires, perdu un temps précieux en ressources infructueuses, et l'enfant est près de l'agonie. Ce que voyant, le praticien renonce à l'opération pour ne compromettre ni la science ni sa réputation. Pour notre part, nous pensons qu'il est à désirer que cette opération devienne plus fréquente ; qu'elle soit pratiquée plus souvent, surtout dans les cas de croup et d'angine œdémateuse. D'où vient la mort dans ces affections ? Evidemment d'une asphyxie lente, mécanique, telle que la causerait une strangulation fatalement progressive. L'idée d'ouvrir sans obstacle le canal respiratoire se présente alors d'elle-même à l'esprit. Eh bien ! le chiffre des guérisons de croup obtenues sans opération, comparé à celui des morts est tellement faible qu'il est évident pour tout le monde que la thérapeutique de cette maladie est incomplète. Quelle utile modification pourrait-on y introduire ? Pour notre part, nous désirerions voir émettre le principe suivant : « Dans un cas de croup parfaitement diagnostiqué, lorsqu'après dix-huit, vingt-quatre ou trente-six heures, selon les cas et les sujets, de trai-

tement énergique par les moyens ordinaires (sangsues, émétiques coup sur coup, etc.), la gêne de la respiration n'a pas considérablement disparu, et que les symptômes de la maladie laissent encore de l'inquiétude, ouvrez la trachée. » Certainement, on fera l'opération dans bien des cas qui auraient guéri sans elle; mais combien d'infortunés succomberont si elle fait défaut! Et qu'importe, du reste: elle n'a rien de grave par elle-même, et pratiquée convenablement elle n'entraîne qu'exceptionnellement du danger, et la guérison des plaies faites au cou et à la trachée est assurée. Les succès, et voilà la cause du discrédit dans lequel est tombée la trachéotomie, proviennent presque toujours de ce qu'elle a été pratiquée trop tard: le coup est déjà porté, les forces vitales sont sidérées par l'asphyxie, et quelque quantité d'air que l'on puisse faire pénétrer dans les poumons, la vie ne pourra être rappelée. Ceci nous mène naturellement à la seconde question: *Quand faut-il faire la trachéotomie?* Ressemblant en cela à la kélotomie, elle demande à être faite sans grand retard: moins vous attendrez et plus vous aurez de chances de réussir. La chose est prouvée pour la hernie étranglée; puisse-t-elle en le devenant également pour le croup modifier la thérapeutique dans le même sens: cela veut-il dire que lorsque la maladie est très-avancée, lorsqu'on est appelé très-tard il ne faille plus opérer? Loin de nous cette idée, car elle serait en contradiction flagrante avec une des conséquences les plus saillantes de l'observation qu'on vient de lire: on doit opérer même à l'agonie, notre malade en est une preuve; et, du reste, l'agonie du croup n'est pas comparable à celle de la plupart des autres maladies. Dans l'angine couenneuse, dans le croup la mort arrive que les organes sont encore dans leur intégrité; c'est pour ainsi dire une mort accidentelle, mécanique; faites respirer, et le malade pourra vivre. On conçoit facilement qu'il doive se présenter des cas où les organes aient pu être remis en jeu lorsque l'obstacle à la respiration a été tout à coup levé complètement. De là faut-il conclure, contrairement à ce que j'ai dit plus haut qu'on peut attendre impunément? Beaucoup s'en faut, car ces cas de guérison de malades arrachés aux angoisses de la mort sont et resteront exceptionnels. Et si chez des adultes il faut un temps plus long pour que l'insuffisance de l'hématose devienne mortelle, chez les enfants au contraire, victimes de prédilection du croup, eux dont la vie est si fragile, les organes si délicats et où souvent la

moindre atteinte portée aux grandes fonctions est promptement fatale, chez eux, dis-je, la temporisation sera presque toujours funeste.

Telles sont les réflexions que nous ont suggérées l'étude attentive et l'exposé consciencieux des détails de cette observation, recueillie, pour ainsi dire, jour par jour. Fait isolé, il a bien peu de valeur, nous le savons bien, surtout si venant à être ajouté aux autres faits que la science possède, on déduit les conclusions qui jaillissent de l'ensemble. Cependant, comme nous savons aussi qu'un cas bien observé, relaté fidèlement a sa valeur, fait toujours impression dans l'esprit des praticiens et porte son fruit, nous espérons que celui que l'on vient de lire ne sera pas inutile, et contribuera aussi dans la mesure de sa médiocrité à éclairer la question si intéressante de l'angine pseudo-membraneuse. Si nous y avons réussi, et si notre obole a pu trouver place parmi les richesses de la science, nous aurons obtenu la plus douce récompense que nous puissions ambitionner.

SÉANCE DU 24 JUIN 1854.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et approuvé.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur, par une dépêche datée du 23 juin, transmet une ampliation de l'arrêté royal qui agrée les nominations de MM. Chadelon et Davreux comme membres titulaires de la cinquième Section.

M. le Ministre de l'Intérieur adresse, pour la bibliothèque de l'Académie, plusieurs ouvrages dont les titres seront mentionnés au bulletin de la séance.

II. — CORRESPONDANCE.

MM. Chadelon, De Meyer, François et Mareska s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. le docteur Vallez, de Bruxelles, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son Traité théorique et pratique de médecine oculaire.

MM. Chadelon et Davreux remercient l'Académie de les avoir appelés aux places de membres titulaires.

M. le docteur Cutler adresse deux ouvrages sur les eaux minérales de Spa, qui sont renvoyés à l'examen de M. Sauveur.

La Commission centrale de statistique adresse le cinquième volume et le premier fascicule du tome sixième de son Bulletin.

M. Schuermans, docteur en médecine à Bruxelles, se fait connaître comme auteur du mémoire n° 2, envoyé au concours

sur la question relative aux tumeurs, sur lequel l'Académie a porté son jugement dans la dernière séance, et demande l'ouverture du billet cacheté annexé à ce mémoire. Il sollicite, en même temps, le titre de membre correspondant.

Le billet cacheté est ouvert et l'Académie décide, sur la proposition de M. le Président, que la lettre de M. Schuermans sera envoyée à l'examen de la Commission qui a examiné les mémoires envoyés au concours sur la question susdite.

III. — COMMUNICATION SCIENTIFIQUE.

MÉMOIRE sur les positions spéciales des membres dans les arthrites chroniques; par M. CROcq, chef des travaux anatomiques à l'Université de Bruxelles.

(RÉSUMÉ ANALYTIQUE.)

Messieurs,

Le travail dont je vous présente aujourd'hui le résumé, a pour objet de rechercher les causes qui déterminent les positions spéciales que l'on observe dans la plupart des arthrites chroniques, et le mécanisme qui les produit. Ces positions se reproduisent constamment les mêmes, et résistent avec opiniâtreté aux efforts faits pour les modifier. Comme je l'ai démontré ailleurs (1), elles constituent l'un des caractères des maladies désignées sous le nom de tumeurs blanches, l'un de leurs éléments.

Les anciens auteurs parlent à peine de ces positions; ils croyaient que le patient plaçait lui-même, instinctivement, son membre dans la position qui lui paraissait la plus favorable, pour éviter les mouvements, les secousses et la douleur. Ils ne songèrent, ni à discuter la réalité de cette cause, ni à en chercher d'autres.

Hunter fut le premier qui s'occupa sérieusement du mécanisme de ce phénomène. Il regardait comme sa cause primitive, *une contraction involontaire des muscles, conséquence de leur sympathie avec l'articulation.*

Bell signale aussi très-explicitement la contraction et le raccourcissement des muscles fléchisseurs, qui deviennent raides et immobiles au point de suffire pour priver à jamais le membre de tout mouvement. Mais pour lui, cette contraction n'est

(1) *Traité des tumeurs blanches des articulations*; Paris et Bruxelles, 1853.

plus, comme pour Hunter, la cause primitive des positions. Celle-ci réside dans une tendance instinctive du malade à mettre le membre dans l'état de flexion, tendance due à ce que dans cet état les muscles sont relâchés, et à ce que le relâchement modère la douleur. Consécutivement, les fléchisseurs se raccourcissent et deviennent raides. Ce n'est donc pas une contraction, mais seulement une rétraction.

Boyer, MM. Nélaton, Schuh, Parise, Maisonneuve adoptèrent l'opinion de Bell, sans trop la discuter.

Cependant, Delpesch avait déjà été plus loin, il avait cherché à rapporter ces positions à des causes organiques. Dans ce qu'il appelle rhumatisme articulaire ou affection rhumatismale des articulations, maladie qui est une véritable arthrite chronique, il établit que les muscles se contractent et déterminent la production des positions qu'on observe dans ces cas. Il attribue cette contraction, tantôt au besoin d'éviter le contact ou du moins la pression mutuelle des deux surfaces articulaires, tantôt, comme Hunter, à une action purement sympathique.

Il établit également qu'un état douloureux prolongé est toujours capable de provoquer des contractures musculaires, même d'une manière purement sympathique, et abstraction faite du besoin d'une attitude qui soulage, ainsi que de l'action directe de l'irritation sur les muscles contracturés. Il nous ramène ainsi en partie à la doctrine de Hunter.

Toutefois, il n'a pas généralisé ces idées; il les admet seulement pour les arthrites traumatiques et rhumatismales, et met à part ce qu'il appelle l'état tuberculeux des os. Dans cet état aussi il y a contraction musculaire, mais elle est commandée et précédée par un acte instinctif ayant pour but de prévenir une pression excessive des surfaces articulaires. Celle-ci n'existe pas aux articulations orbiculaires, à la hanche, à l'épaule; on pourrait dès lors lui demander pourquoi ces articulations ont aussi leurs positions fixes et déterminées, aussi bien que les articulations ginglymoïdales. Il laisse cette difficulté sans solution, ne s'occupant pas davantage de ce sujet. Il mentionne aussi l'influence des ligaments, raccourcis par l'engorgement; cette cause a également été invoquée par Jules Cloquet.

Les travaux de Delpesch restèrent sans retentissement, et on ne s'occupa presque plus de la cause des positions des membres dans les maladies articulaires, jusqu'à ceux de M. Bonnet. Celui-ci édifia une doctrine toute nouvelle. Selon lui, les causes

principales sont la situation adoptée par le malade dans le lit, et le poids du membre et des couvertures. Le malade adopte une situation déterminée, afin de donner à son membre un point d'appui solide, une base étendue de sustentation, et d'éviter les distensions et les pressions douloureuses. Dans cette situation agissent, conformément aux lois physiques, le poids du membre et celui des couvertures, qui déterminent certaines inclinaisons. Voilà la source, le point de départ de toutes les positions. Comme cause accessoire vient s'y joindre la réplétion des cavités articulaires, qui tend à faire prendre aux membres certaines directions. M. Bonnet parle aussi de la contraction musculaire; il ne la regarde pas comme primitive, à l'exemple de Hunter et de Delpech, mais comme secondaire, imitant en cela Bell et Boyer.

De la considération des diverses parties qui composent les articulations, et de celle des opinions des auteurs énumérés dans l'historique que je viens de résumer, il résulte que la cause des positions dans les maladies articulaires a été et peut être attribuée à sept causes différentes. Ce sont :

1^o La réplétion de la cavité articulaire par des liquides ou des fausses membranes ;

2^o Le poids des membres et la pression exercée sur eux par les corps environnants ;

3^o La situation adoptée par le malade dans le lit ;

4^o L'instinct qui porte le patient à donner à son membre telle position déterminée pour alléger ou faire disparaître les douleurs ;

5^o La contraction musculaire ;

6^o La destruction de portions osseuses qui modifient la forme des extrémités articulaires ; et

7^o La rétraction des tissus ligamenteux et aponévrotiques.

Ces causes ont-elles toutes une part bien réelle et bien efficace dans la genèse du phénomène ? Quelle est la part qui revient à chacune d'elles ? Telles sont les questions que je me suis proposé de résoudre dans le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie. De leur solution on peut tirer comme conclusion l'explication de la production et du véritable mécanisme des positions. Pour y parvenir, je les ai successivement passées en revue.

Je commence par examiner l'action de la réplétion des cavités articulaires sur les positions des membres. M. Bonnet a

le premier attiré l'attention sur cette circonstance. Pour lui, la réplétion des cavités articulaires a une influence réelle sur les positions des membres. Cette influence, il l'explique par une double action. Il y a d'abord l'action mécanique de l'épanchement contre les parois de la cavité articulaire, qui tend à faire prendre au membre la position où cette cavité offre la capacité la plus grande possible. Il y a ensuite l'action instinctive, en vertu de laquelle le patient recherche cette position, afin d'éviter autant que possible les tiraillements et la compression, et les douleurs qui en résultent. J'ai examiné avec détails les arguments et les faits produits en faveur de cette opinion; et de cette discussion j'ai conclu que *la réplétion de la cavité articulaire n'exerce primitivement aucune action sur la position des membres atteints de maladies articulaires.*

J'examine ensuite le rôle du poids des membres et des pressions exercées sur eux par les corps environnants. M. Bonnet attribue à cette cause une large part dans la production des positions spéciales des membres dans les maladies articulaires. Selon lui, lorsque le malade est couché sur le dos, ou sur le côté sain, le poids du membre tend à le faire tourner en dehors. Si au contraire le malade se couche sur le côté affecté, il y aura inclinaison en dedans. Dans le décubitus dorsal il y aura extension; dans le décubitus latéral il y aura flexion, parce que dans cette situation les membres fléchis fournissent une base de sustentation plus étendue. Le poids des couvertures agit dans le même sens que celui des membres eux-mêmes et tend à les entraîner dans la même direction.

M. Bonnet attribue à cette cause une grande importance, et il développe surtout son influence dans le chapitre où il est question des positions dans les maladies de l'articulation coxo-fémorale. J'ai démontré, et je n'ai pas eu besoin de grands efforts d'esprit pour y parvenir, qu'elle a bien peu d'importance, si tant est qu'elle en ait. Elle ne peut avoir d'action réelle et notable que lorsque le malade garde le lit, qu'il est constamment couché dans la même position, et que les ligaments sont ramollis ou détruits.

La situation adoptée par le malade dans son lit détermine, selon M. Bonnet, la position que le membre prendra, et dans laquelle viendra agir la cause précédente. Cette opinion est passible d'objections très-sérieuses. Ainsi, ces situations ne sont pas aussi constantes que M. Bonnet veut bien le dire; et les positions

sont exactement les mêmes lorsqu'elles existent et lorsqu'elles n'existent pas ; elles sont les mêmes lorsque le malade se lève et lorsqu'il garde le lit. Enfin, si telle était leur cause, elles ne présenteraient pas cette résistance aux efforts de redressement qu'on leur connaît, elles ne se reproduiraient pas non plus avec une si désespérante opiniâtreté. Une situation du membre restant toujours la même, peut sans doute aider à la production et au maintien des positions ; mais à coup sûr elle n'en est pas la cause efficiente, puisque les positions se montrent là où cette situation n'existe pas.

Bell, Brodie, Boyer, etc., admettent comme cause première l'instinct, qui porte le malade à donner à son membre telle position déterminée, pour alléger ou faire disparaître les douleurs. Selon eux, le malade recherche la position où il souffre le moins possible, où les parties malades sont soumises à la pression la moins forte. Pour y parvenir, il relâche les muscles qui entourent l'articulation. En émettant cette assertion, ces auteurs n'ont pas réfléchi que jamais le relâchement musculaire ne peut fixer un membre ni déterminer une position.

Aussi d'autres, parmi lesquels nous trouvons MM. Bonnet, Parise, Schuh, Lorinser, ont-ils laissé de côté le relâchement musculaire, pour ne parler que d'une position capable d'apaiser ou de diminuer la douleur. Pour M. Bonnet par exemple, cette position est choisie de telle façon que la capsule articulaire offre le plus de capacité et subisse le moins de distension possible.

La plupart des auteurs ont admis le rôle de l'instinct, sans trop le discuter. Pourtant il est passible de bien fortes objections. Autour des articulations malades, on sent les muscles durs, raides, contractés, offrant la sensation de cordes tendues. Cela aurait-il lieu sous l'influence d'une simple impulsion instinctive ? Cela aurait-il lieu surtout s'il y avait relâchement musculaire ? Et cette tension n'est pas consécutive, comme le croyaient Bell et Boyer ; elle est bien *primitive*, vous l'observerez du premier moment où une position spéciale se manifeste.

Ces positions changent parfois dans le cours d'une même maladie ; elles sont souvent inconfortables et douloureuses, et le chirurgien est obligé de les redresser ; elles donnent lieu à des distensions et favorisent les déplacements et luxations. Elles sont souvent difficiles à redresser, à tel point, qu'il faut, pour y parvenir, employer les sections tendineuses, le chloroforme, des tractions énergiques ; elles se reproduisent avec une déses-

pérante opiniâtreté. En serait-il ainsi, s'il y avait là seulement un désir, une tendance du malade à maintenir la fixité de l'articulation affectée?

Nous arrivons maintenant à la contraction musculaire spasmodique. Hunter l'indiqua comme cause primitive des positions ; mais les auteurs subséquents n'y firent pas attention, et la laissèrent tomber dans l'oubli. Cependant elle méritait un sort meilleur, comme le démontrent les considérations qu'elle m'a suggérées.

Pour qu'il y ait adoption d'une position quelconque, il faut qu'il y ait contraction musculaire ; sans cela, le membre resterait inerte, susceptible de prendre successivement toutes les positions selon les circonstances.

La contraction musculaire est donc primitive ; elle constitue un fait qui précède et domine la production des positions. Son existence est prouvée par l'expérience. Comme je vous l'ai déjà dit, Messieurs, les muscles qui entourent les articulations malades sont raides comme des cordes tendues, et mettent obstacle aux mouvements. Ce phénomène ne se manifeste pas consécutivement à la production de la position, mais dès que celle-ci existe ; du moment où il y a une position déterminée, on sent les muscles contractés et raides.

Les auteurs ont regardé cet état des muscles, non comme primitif, mais comme consécutif à leur raccourcissement, comme une rétraction, et non comme une contraction. Si cela était, ils seraient altérés dans leur structure, tandis que ceux qui offrent le raccourcissement le plus prononcé présentent leur structure normale. C'est seulement au bout d'un temps très-long qu'ils acquièrent l'aspect fibreux.

La contraction musculaire primitive est seule capable d'expliquer les difficultés parfois excessives que l'on éprouve à changer les positions des membres. Ces difficultés existent dès le moment où les positions s'établissent ; ce qui n'aurait pas lieu si l'on avait affaire à une rétraction musculaire.

Le début des tumeurs blanches n'est pas marqué par la production des positions fixes, mais par de la raideur et de la gêne dans les mouvements, par une sensation de fatigue et de faiblesse dans le membre. Or, ces sensations, surtout celles de fatigue et de faiblesse, ont pour point de départ et pour siège le système musculaire, et non la synoviale ni les os, parties desquelles ne peut émaner ni raideur, ni fatigue, ni faiblesse.

Elles sont le résultat direct de la première manifestation de la contraction spasmodique qui énerve l'action des muscles en attendant qu'elle l'annule complètement. Dans certains cas et à certains moments, les mouvements exercés par le membre ne donnent lieu à aucune douleur ; et pourtant le malade éprouve lorsqu'il veut le mouvoir, une difficulté dont il ne se rend pas compte, c'est comme s'il devait soulever un poids, son membre lui semble un fardeau. Cette difficulté, qui constitue l'un des premiers symptômes de la maladie, ne provient à coup sûr pas d'une douleur qui n'est pas sentie. Elle est le résultat d'un obstacle apporté à l'action musculaire, qu'elle doit vaincre par un effort redoublé, comme s'il s'agissait d'un poids à soulever. Cet obstacle n'existe nulle part en dehors des muscles ; il est donc en eux, et ne peut être constitué que par la contraction spasmodique primitive.

Les malades intelligents accusent le long des membres des tiraillements, des contractions fibrillaires, qui s'annoncent à la vue par une espèce de frémissement, et qui indiquent clairement la contraction des fibres musculaires. Quelquefois ce sont des douleurs le long des corps des muscles, ou même des crampes véritables.

Lorsque les positions ne sont pas invétérées, qu'elles n'ont pas duré trop longtemps et provoqué des modifications dans la disposition des parties, et dans la structure des muscles, souvent il arrive qu'après la mort elles se redressent facilement et pour ainsi dire d'elles-mêmes. Ainsi, une jambe fléchie se trouvera étendue après la mort ; dans une coxarthroce, une cuisse qui paraissait beaucoup plus longue que l'autre, se trouvera avoir à peu près la même longueur. Ce phénomène est inexplicable par tout autre moyen que par l'admission d'une contraction musculaire qui cesse.

Parfois, la contraction musculaire et ses effets persistent après la guérison de la maladie articulaire. Tout le monde connaît ces fausses ankyloses du genou, déjà signalées par les anciens, dans lesquelles il n'y a pas d'autre lésion que le raccourcissement des muscles. J'ai déjà démontré que ce raccourcissement était primitif, et non consécutif comme le supposaient Hunter et Boyer. Les moyens thérapeutiques par lesquels on parvient à les redresser, sont justement ceux qui agissent sur la contraction spasmodique des muscles et qui la font cesser. Tels sont les émollients, les bains, les douches, la section des tendons, les

tractions énergiques, et principalement le chloroforme. Que pourraient au contraire ces moyens contre la réplétion des cavités articulaires, contre la situation adoptée par le malade ou déterminée par le poids des couvertures, contre un acte instinctif, contre le relâchement musculaire?

Le principal agent de la production des positions dans les maladies articulaires, est donc la contraction musculaire spasmodique. Mais cette contraction d'où vient-elle? Quelle est sa cause? Elle ne constitue pas la maladie primitive, protopathique, puisque celle-ci est l'arthrite chronique, l'inflammation des tissus articulaires. Il me reste donc à rechercher cette cause.

On pourrait attribuer la contraction à quatre causes différentes. Ce sont 1^o le but de donner au membre malade une position plus commode et moins douloureuse que celle qu'il occupait; 2^o l'irritation transmise directement aux muscles; 3^o l'irritation transmise directement aux nerfs; et 4^o l'action sympathique ou réflexe exercée par les nerfs du sentiment sur ceux du mouvement.

Considérer la contraction musculaire spasmodique comme due au but final de donner au membre une meilleure condition, c'est retomber sur plusieurs des arguments que j'ai émis précédemment en parlant de l'instinct. Puis, cette position est souvent incommode et douloureuse; enfin, ce ne sont pas certains muscles, mais tous ceux qui entourent l'articulation, tous ceux qui la font mouvoir, qui sont contractés, les uns plus, les autres moins.

Si la contraction était le résultat de l'irritation transmise directement aux muscles, elle siègerait dans ceux qui touchent l'articulation de plus près, et pas dans d'autres, surtout pas dans ceux qui en sont éloignés. Les muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux ne seraient pas contractés dans l'arthrite du genou, ni le muscle biceps brachial dans celle du coude. Si l'irritation était directement transmise aux nerfs, par voie de contact, le même raisonnement serait applicable, et de plus il y aurait contraction des muscles situés au-dessous et alimentés par les nerfs qui passent près de l'articulation : ainsi les muscles jumeaux et soléaire seraient contractés dans les arthrites du genou et de la hanche, ce qui n'a pas lieu, surtout pour la dernière.

Ces explications écartées, il ne reste plus pour rendre compte du phénomène que l'action réflexe exercée par les nerfs du sentiment sur ceux du mouvement. J'ai exposé le mécanisme de la production de ces mouvements, d'abord dans l'état physiologique,

puis dans l'état pathologique. La tension du ventre dans les maladies des organes abdominaux, la contraction musculaire qui accompagne les fractures et qui est parfois si gênante et si opiniâtre, appartiennent au même ordre de faits. La contraction des muscles qui entourent une articulation malade constitue un fait du même ordre, une contraction convulsive due à l'irritation primitive des nerfs articulaires.

Cette doctrine rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui se présentent. Elle explique pourquoi la contraction musculaire est spasmodique et tout à fait soustraite à l'influence de la volonté ; pourquoi elle est parfois si difficile à surmonter ; pourquoi elle tend à se reproduire après avoir été vaincue ; pourquoi les positions qui résultent de cette cause sont parfois les plus pénibles, celles qui provoquent les distensions et les pressions les plus considérables. On comprend que cette contraction doit débiter avec la maladie, et qu'elle est d'autant plus prononcée que l'inflammation est plus étendue et plus intense. Les contractions fibrillaires, les crampes, les raideurs, la fatigue, qui existent seules au début ou quand la maladie a peu d'intensité, indiquent bien clairement la contraction due à la cause dont je m'occupe. Il en est de même des douleurs éprouvées le long du trajet des muscles. L'action des émollients, des tractions, des sections tendineuses et du chloroforme, est nécessaire dans une affection spasmodique provenant de l'irritation des nerfs moteurs. Enfin, on conçoit que cette irritation se perpétue même après la guérison de la maladie qui lui a donné naissance, et produise ainsi ces contractions musculaires consécutives dont j'ai parlé.

Une part revient aussi dans la production des positions, à la destruction de portions osseuses, qui déforme les surfaces articulaires et provoque ainsi des inclinaisons de ces surfaces en sens divers. Cette cause est surtout digne d'attention aux articulations de la colonne vertébrale, où elle agit presque seule. Son action existe aussi aux autres articulations, au genou, au coude-pied, au coude, où les surfaces articulaires peuvent également être déformées. Toutefois, ces cas sont peu communs, et ne se présentent qu'à une période avancée de la maladie. Au début, les positions existent déjà, et pourtant les os sont intacts ; plus tard seulement une destruction s'opère, sous l'influence de la pression qui est le résultat de la position, et cette destruction à son tour vient confirmer et renforcer celle-ci.

Les tissus fibreux ne sont pas doués, comme les muscles, d'une puissance de contraction active, mais ils sont susceptibles de se rétracter sous l'influence de l'irritation. Dupuytren a signalé la rétraction et l'épaississement de l'aponévrose palmaire dans la flexion permanente des doigts. M. Goyrand, d'Aix, les a constatés dans les faisceaux ou prolongements fibreux qui s'étendent de la face antérieure de l'aponévrose aux gaines des tendons fléchisseurs, et aux bords de la gouttière fournie à ces tendons par les phalanges. J'ai observé un cas de flexion des deux derniers doigts, dans lequel on apercevait à la partie interne de la paume de la main des enfoncements en forme d'entonnoirs ou de godets, où la peau semblait attirée vers les parties profondes : c'était une rétraction des filaments fibreux qui unissent l'aponévrose au derme. Cette rétraction des tissus fibreux a lieu sous l'influence de l'irritation. Elle se manifeste également dans les ligaments qui entourent les articulations malades. Ces ligaments sont épaissis, raccourcis et tendus, et déterminent une inclinaison des surfaces articulaires.

Des considérations que m'a suggérées l'étude de ces causes, j'ai tiré les conclusions suivantes :

1^o La cause essentielle et active de la production des positions fixes dans les maladies articulaires est la contraction musculaire spasmodique.

2^o Cette contraction reconnaît pour point de départ l'action réflexe résultant de la souffrance des tissus articulaires.

3^o Elle constitue l'un des éléments de la maladie, l'un de ses phénomènes primitifs, elle est une conséquence immédiate de l'arthrite.

4^o A la contraction musculaire vient se joindre comme auxiliaire la rétraction des ligaments, suite directe de leur inflammation.

5^o Ces deux causes essentielles et primitives des positions ont été jusqu'à présent négligées et méconnues par les auteurs.

6^o La réplétion de la cavité articulaire est impuissante pour déterminer une position quelconque.

7^o Le relâchement des muscles et l'action de l'instinct, dirigée dans le but de diminuer la souffrance, sont des causes purement illusoire.

8^o La situation adoptée par le malade dans le lit et le poids des membres sont primitivement sans influence sur la production des positions. Ils peuvent tout au plus venir en aide à l'ac-

tion des causes réelles, et favoriser les déplacements et les luxations après la destruction ou le ramollissement des ligaments.

9^o La destruction de certaines portions osseuses est une cause auxiliaire des positions pour la plupart des articulations ; elle en est la cause essentielle pour celles du rachis.

De ces conclusions et des considérations qui m'y ont conduit, j'ai déduit la conduite que le praticien doit tenir vis-à-vis de membres atteints de maladies articulaires pouvant déterminer des positions anormales. Il faut combattre la contraction musculaire par la compression, l'immobilité et l'emploi interne des narcotiques. S'il y a déjà une position fixe il faut la redresser par l'emploi raisonné et successif des émollients, des tractions, des narcotiques, du chloroforme, enfin de la section sous-cutanée des tendons, et même des aponévroses et des ligaments. L'efficacité de cette thérapeutique, logiquement déduite de la doctrine que j'ai développée, vient lui servir en quelque sorte de pierre de touche et démontrer sa valeur et sa réalité.

J'ai terminé ce travail par l'application des principes émis précédemment, aux maladies du poignet, du coude, du coude-pied et du genou, et enfin à celles de la hanche. Relativement à celle-ci, ils m'ont conduit à une explication satisfaisante des positions de la cuisse, et en particulier de l'allongement et du raccourcissement apparents, de leur succession, de leur alternance et de leur cessation brusque dans certains cas. Vous savez, Messieurs, que jusqu'à présent ces phénomènes sont restés inexpliqués, et que les opinions émises par les auteurs sur ce sujet ne supportent pas le choc d'un examen sérieux ; grâce à la doctrine que j'ai exposée, j'ai pu parvenir, je le répète, à en donner une explication satisfaisante.

— M. LE PRÉSIDENT : Je remercie, au nom de l'Académie, M. Crocq de la communication qu'il vient de nous faire. Je lui demanderai s'il désire que son travail soit renvoyé à l'avis d'une Commission.

— M. CROCQ : Je le désire, M. le Président.

L'Académie renvoie le Mémoire de M. Crocq à l'examen d'une Commission composée de MM. Graux, Seutin et Gouzée.

IV. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner un Mémoire de M. FOURCAULT, sur les eaux gazeuses et de sources minérales, considérées au point de vue de la physiologie, de la thérapeutique et de l'économie domestique.— M. LOMBARD, rapporteur (1).

Messieurs,

Si l'on cherchait dans le Mémoire de M. Fourcault, sur lequel je suis appelé à vous faire un rapport, autre chose que des recommandations générales sur l'usage des eaux gazeuses, on serait déçu dans son attente. Comme la plupart des autres travaux de notre honorable correspondant, ce Mémoire ne renferme guère que des indications philanthropiques, des idées généreuses, des projets humanitaires tendant à l'amélioration de la santé publique et de la condition malheureuse des classes inférieures de la société. Partout dans cet écrit comme dans une foule d'autres antérieurs à celui-ci, on rencontre l'ami de l'homme, le protecteur des pauvres, le savant dévoué qui consacre son temps et sa fortune à la recherche des moyens de soulager toutes les misères.

L'emploi des eaux gazeuses et des eaux minérales paraît destiné, suivant M. Fourcault, à recevoir un jour ou l'autre une grande extension. Les hôpitaux, les hospices, les établissements industriels devraient, dit-il, être dotés des moyens de faire des eaux gazeuses artificielles; et l'auteur indique un procédé nouveau de production de gaz acide carbonique qui ne nous a toutefois pas semblé avantageux. Ainsi, au lieu de préparer l'acide carbonique par la décomposition du carbonate de chaux au moyen de l'acide sulfurique, l'auteur propose de calciner le carbonate calcaire, dans une cornue à *segments* en terre réfractaire, posée dans un fourneau particulier. A l'aide de cet appareil, il espère retirer de l'acide carbonique et de la chaux pure qui, d'après lui, suffira pour payer les frais du combustible. Un membre de la Commission dont je suis ici l'organe, nous a fait remarquer qu'en supposant l'appareil de M. Fourcault aussi bon que possible, même en tenant compte de la chaux qu'il produirait, l'acide carbonique fourni par ce procédé reviendrait à un

(1) La Commission était composée de MM. CHANDELON, FOSSION et LOMBARD, rapporteur.

prix plus élevé que celui qu'on prépare au moyen de l'acide sulfurique, à cause de la grande quantité de combustible qu'exige le carbonate de chaux pour se décomposer en vase clos.

Les eaux gazeuses artificielles, selon M. Fourcault, pourraient non-seulement être employées pures, mais aussi en mélange avec des eaux minérales naturelles soit pour les rendre plus agréables au goût, soit pour leur rendre le gaz acide carbonique qu'elles contenaient et redissoudre, dit-il, les précipités qui se forment quand on veut conserver ces eaux minérales ou les transporter au loin.

« L'action de ces eaux sur l'économie est double, dit M. Fourcault ; par leur action interne elles tendent à fluidifier les humeurs, les produits morbides formant les diathèses, à les éliminer par divers émonctoires ; par leur action externe elles appellent le sang dans le système capillaire périphérique, opèrent une puissante révulsion, et favorisent les fonctions dépuratoires de la peau. Dans cette influence on observe la succession des phénomènes suivants : 1^o élimination des produits morbides par divers émonctoires ; 2^o changement dans la nature chimique des sécrétions ; 3^o rétablissement des fonctions suspendues ou inactives ; 4^o développement graduel des forces. »

Toutefois, M. Fourcault reconnaît que les causes ambiantes ont une puissante action et une large part dans les heureux effets des eaux minérales sur certaines classes de maladies ; les changements d'air, de lumière, l'exercice, les distractions doivent compter pour beaucoup dans les guérisons qu'on attribue uniquement à l'usage des eaux thermales et surtout en ce qui concerne les bains de mer.

Les maladies dans lesquelles on peut rencontrer l'indication de l'emploi des eaux gazeuses et des eaux minérales forment un groupe nombreux et important, surtout par le grand nombre de personnes qui en sont atteintes. Ainsi les scrofules, la consommation pulmonaire, les maladies de la peau, la goutte, la gravelle, etc., sont citées par l'auteur comme pouvant être avantageusement modifiées par les eaux minérales prises à l'intérieur et en bains.

Dans le cours de son travail, M. Fourcault rappelle de temps en temps ses divers travaux. C'est ainsi que dans ses développements pour expliquer l'action des eaux gazeuses sur l'économie, il a l'occasion de citer son *Traité des lois de l'organisme*, et de rappeler ses *Principes physiologiques*, ses expériences sur l'effet de la suppression de la transpiration cutanée, ses pro-

positions d'établir sur le littoral *des succursales des hôpitaux* pour les enfants scrofuleux au moins, etc..., etc...

Nous venons de dire que M. Fourcault traitait avec quelques détails de l'action des eaux minérales comme agent thérapeutique. Comme il le rappelle avec raison, il y a déjà vingt ans que M. Fourcault s'est attaché à substituer les notions physiques et chimiques aux mots de propriétés vitales, par lesquels on croit souvent pouvoir expliquer les phénomènes thérapeutiques. A propos des eaux minérales il revient sur cet ordre d'idées, et s'efforce de montrer que l'action de ces eaux est toute chimique, que c'est en vertu de leur composition chimique qu'elles agissent dans l'économie tantôt par tel mode, tantôt par tel autre mode de combinaison. Il insiste sur l'évacuation de ces diverses combinaisons nouvelles et du superflu des agents contenus dans les eaux minérales par divers émonctoires.

Mais il est un point très-important sur lequel M. Fourcault n'a absolument rien dit. C'est le danger de l'abus des eaux minérales, c'est l'effet de ce que M. Trousseau appelle la saturation par les alcalins. L'auteur ne semble pas s'être douté qu'il pouvait résulter parfois des accidents à la suite d'un usage trop continu de ces remèdes ; M. Trousseau insiste peut-être trop énergiquement sur les dangers de la saturation alcaline. Entre l'indifférence ou l'oubli de M. Fourcault sur ce point, et les craintes de M. Trousseau, il y a un juste milieu qui nous semble être la vérité. Ainsi, le savant M. Durand-Fardel, dans une note excellente qu'il a lue récemment à l'Académie impériale de médecine de Paris, a montré que l'élimination des alcalins se faisait promptement, par les urines principalement, comme celle de tous les agents non réparateurs qui sont introduits dans l'économie, de l'iode, du sulfate de quinine, par exemple. De plus il a ajouté, en se fondant sur l'expérience, que la saturation n'était pas si facile à venir, ni tant à craindre qu'on l'avait dit, parce que, avant que l'économie arrive à ce degré de cachexie qu'on a nommée alcaline et dont M. Trousseau trace un tableau fidèle et exact, avant cela l'estomac se révolte, les voies digestives s'insurgent et l'eau minérale ne peut plus être supportée par les malades. C'est ce que M. Durand-Fardel nomme l'intolérance. Et si ces faits dits d'intolérance se présentent d'une manière constante, cela doit dissiper une partie des inquiétudes que la lecture de l'ouvrage de M. Trousseau pouvait inspirer aux médecins qui ont recours de temps à autre dans leur pratique, aux agents des

sources thermales alcalines ; mais cependant il faut ajouter qu'il est indispensable de surveiller les malades qui suivent un traitement alcalin, afin de saisir les indications qui se révèlent quand l'économie répugne à la continuation de ce traitement , afin de s'abstenir à temps, en un mot afin de ne pas contraindre les sujets à continuer l'usage des eaux malgré le dégoût, l'inappétence, les vomissements et les autres phénomènes qu'elles provoquent. Cela nous rappelle un fait bien remarquable. Une femme de quarante ans était atteinte d'une affection cutanée d'aspect *sypilitique*, pour laquelle elle avait pris beaucoup de boissons alcalines, force potions d'iodure de potassium. A diverses reprises il lui était survenu des nausées, de l'inappétence, avec fièvre légère, insomnie, etc... Chaque fois l'usage des eaux à potions alcalines avait été suspendu, mais on y revenait toujours parce que l'affection cutanée disparaissait à vue d'œil, semblait-il ; oui, mais la malade disparaissait aussi, elle maigrissait beaucoup, s'affaiblissait, bientôt une fièvre continue, légère d'abord, apparut, toute médication alcaline fut supprimée. La malade, après quelques jours d'une diète légère, fut mise à un régime tonique, viande et vin ; on ajouta à ce régime les amers et les ferrugineux, mais en vain ; au bout de quelques semaines de maladie, elle succomba. Notons ici que l'exploration minutieuse et attentive de tous les organes pendant la vie et après la mort ne révéla aucune lésion organique autre qu'un degré avancé de maigreur ou plutôt de marasme. Nous ne doutons pas que cette personne, que nous avons connue en bonne santé une année avant sa mort, n'ait succombé à l'abus des remèdes alcalins, dont il eut fallu suspendre plus tôt et plus longtemps l'emploi qu'on n'a cru devoir le faire.

Avant de terminer ce rapport, revenons un instant sur le mode intime d'action des alcalins dans l'économie. M. Fourcault dit que c'est une action purement chimique ; M. Trousseau, à cet égard, n'est pas très-explicite ; cependant il paraît admettre que les alcalins, qu'il désigne sous le nom d'altérants, modifient le sang, les tissus et les produits morbides principalement par leurs propriétés chimiques. Comme on le voit, il ne s'agit plus beaucoup de propriétés vitales dans ces explications, et ce n'est pas nous qui nous en plaindrons, c'est un progrès de notre temps que cette introduction intelligente des sciences physiques et chimiques dans la thérapeutique, et à cet égard encore notre honorable ami M. Fourcault a sa part de coopération à revendiquer.

Ce rapport était fait quand nous avons appris la mort de l'estimable auteur du *Mémoire* que nous venons d'analyser succinctement. Qu'il nous soit permis, Messieurs, en terminant, d'exprimer les regrets que la perte de ce généreux philanthrope nous inspire. Si Fourcault, dans l'entraînement de ses brillants projets de réforme sociale, est allé jusqu'à avancer des idées qui nous semblent étranges, s'il a cherché une solution à ce problème malthusien : du maintien de l'équilibre entre les subsistances et l'accroissement progressif de la population ; s'il a réclamé des lois et des règlements contre les ivrognes, s'il a abordé mille et une questions de philosophie humanitaire avec autant de hardiesse que de conviction, et si néanmoins Fourcault n'a pas joui pendant sa vie d'une considération égale à son mérite, à ses talents, et, disons-le, à ses vertus, c'est, il faut bien le reconnaître, qu'il avait placé la sphère de ses spéculations en dehors de la portée des temps actuels, et qu'il a soulevé des problèmes qui nous semblaient imaginaires, mais sur lesquels nos arrière-neveux auront peut-être à se prononcer.

Nous éprouvons quelque embarras à vous proposer des conclusions dans cette circonstance ; mais nous croyons pouvoir vous demander : 1^o le dépôt du travail de M. Fourcault dans vos archives ; 2^o une lettre de remerciements et de condoléance au seul héritier de son nom et de son humble fortune, M. Fourcault-Raick, à Tilleur, près de Liège.

— Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

2. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner le *Mémoire* de M. GRAUX, relatif au choléra épidémique. — M. RAIKEM, rapporteur (1).

Messieurs,

L'honorable M. Lombard et moi avons été désignés par le Bureau pour examiner, quant à l'impression, le travail sur le choléra-morbus asiatique que notre honorable collègue M. Graux a dernièrement présenté à l'Académie.

Après avoir fait une lecture attentive de ce *Mémoire*, qui renferme des opinions propres à l'auteur et dont la responsabi-

(1) La Commission était composée de MM. LOMBARD et RAIKEM. — Voir *Bulletin*, tome XIII, p. 257.

lité lui incombe, nous pensons qu'il y a lieu de le faire insérer dans le recueil des Mémoires de la Compagnie.

— Ces conclusions sont mises aux voix au scrutin secret et adoptées.

3. RAPPORT sur un Mémoire communiqué par M. Lefèvre, dentiste à Bruges, relatif à la chirurgie dentaire considérée au point de vue médico-légal. — M. MARINUS, rapporteur (1).

Messieurs,

Chargé d'examiner un travail relatif à la chirurgie dentaire considérée au point de vue médico-légal qui a été présenté à l'Académie par M. Lefèvre, dentiste à Bruges, je viens m'acquitter de ma tâche en vous offrant un court aperçu de cette communication.

L'auteur pense qu'il est possible de déterminer assez exactement l'âge d'un individu par le nombre et la configuration des dents. Pour justifier cette proposition, il examine les dents aux différents âges de la vie, en décrit le nombre et la forme, les changements qu'ils impriment aux os de la face, changements qui s'observent particulièrement : 1° dans les arcades dentaires ; 2° dans la direction du bord inférieur du maxillaire inférieur ; 3° dans le canal dentaire inférieur ; 4° dans la situation du trou mentonnier et du trou sous-orbitaire ; 5° dans la tubérosité malaire.

Ces remarques, toutes anatomiques et dans le détail desquelles je crois ne pas devoir entrer, sont le résultat des observations faites par les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie dentaire. M. Lefèvre les a rassemblées pour les faire servir à la solution de la question qu'il s'est chargé d'élucider. Il y a ajouté les observations qui lui sont propres et que voici :

« J'ai toujours vu, dit-il, 1° que les racines des dents sont d'autant plus blanches que nous sommes moins avancés en âge ; 2° que de trente à quarante-cinq ans, les dents étant en bon état, les racines ont, à peu de différence près, la même teinte que la couronne, à moins qu'elles n'aient été dégradées par le tartre ; 3° que lorsque la chute des dents est causée par le tartre, les racines sont d'un jaune roux, et si l'âge se joint à cette cause (après

(1) Voir *Bulletin*, tome XIII, page 277.

soixante-cinq ans), la dépression longitudinale qui indique sur les racines le canal du nerf dentaire, revêt une teinte noirâtre. »

M. Lefèvre voudrait aussi pouvoir arriver, par l'inspection des dents, à déterminer la maladie dont est morte la personne à laquelle elles ont appartenu. Il croit pouvoir donner des indications *à peu près certaines* en ce qui concerne la syphilis et la phthisie, et voici les faits sur lesquels il fonde cette opinion (je cite textuellement) :

« M'étant procuré quatre dents dont deux avaient appartenu à la même personne, et les deux autres à deux personnes différentes, toutes trois victimes de maladie vénérienne, j'ai laissé les deux premières dents dans un vase contenant de l'acide sulfurique, jusqu'à ce que la partie éburnée eût été détruite. J'ai ensuite décanté l'acide, puis lavé cinq ou six fois le précipité, d'un blanc noirâtre, dans lequel j'ai trouvé une très-petite boule floconneuse de la même couleur et d'une odeur fétide. Les deux autres dents, traitées séparément, de la même manière, ont donné les mêmes résultats; seulement, un des deux précipités était un peu moins noir : j'ai attribué cette différence au degré de la maladie qui probablement avait été moindre chez cette personne que chez l'autre.

« Pour l'étiologie, j'ai traité de la même manière, trois dents prises sur des personnes victimes de cette maladie; les résultats ont été les mêmes dans les trois cas : chaque précipité était d'un noir tirant sur le jaune, et l'odeur était moins infecte.

« D'autres dents qui avaient été prises sur des sujets évidemment exempts de ces deux affections, m'ont toujours donné un précipité d'un blanc mat et ne répandant d'autre odeur que celle que produit le frottement de la lime sur l'ivoire. »

Vous jugerez sans doute, Messieurs, que ces expériences ne sont ni assez exactes, ni assez détaillées et nombreuses pour en tirer une conclusion quelconque, et loin d'admettre la proposition de l'auteur, vous la considérerez comme une hypothèse trop légèrement avancée.

Toutefois, le travail de M. Lefèvre témoigne du zèle de ce praticien pour l'étude de son art, et à ce titre il a droit à des encouragements. En concluant au dépôt de son Mémoire aux archives de la Compagnie, j'ai l'honneur de proposer de lui adresser des remerciements en l'invitant à vous communiquer les observations qu'il serait à même de recueillir dans sa pratique dans l'intérêt de la science.

— M. DIDOT : Je ne suis pas fâché que l'occasion se présente de dire un mot sur une idée fausse qui est généralement adoptée par les dentistes. Vous savez, Messieurs, que vers l'âge de quarante à cinquante ans les dents se déchaussent et finissent par tomber ; les dentistes disent que dans ce cas la gencive est absorbée ; c'est une erreur : le fond de l'alvéole se remplit et pousse la dent au dehors ; les personnes affligées de cette infirmité (et je suis dans ce cas) peuvent s'assurer du fait, puisque certaines dents s'élèvent plus haut que d'autres.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

4. RAPPORT sur deux Mémoires de MM. BEYRAN et DÉMÉTRIUS DALLAS, relatifs à une paralysie du nerf oculo-moteur externe et à un traitement rationnel de la blennorrhagie. — M. GOUZÉE, rapporteur (1).

L'Académie a reçu presque en même temps, en septembre dernier, deux mémoires, l'un de M. le docteur Beyran, médecin français, chirurgien en chef de l'hôpital de Yédi-Koulé, à Constantinople, l'autre de M. le docteur Démétrius Dallas, médecin grec, l'un des fondateurs et secrétaire de la Société de médecine, à Odessa. J'ai été chargé d'examiner ces communications et de vous en rendre compte.

Le Mémoire de M. Beyran est intitulé : *Rapport sur un cas de paralysie du nerf oculo-moteur externe consécutive à la syphilis constitutionnelle, traitement spécifique, guérison*. Cette paralysie indépendante d'une lésion des centres nerveux est très-rare ; c'est ce qui a engagé l'auteur à vous faire part du fait qui s'est offert à son observation. Il s'agit d'un barbier d'un faubourg de Constantinople, âgé de trente-sept ans, d'une constitution délicate et détériorée, menant une vie déréglée. Il avait eu, quatre ans environ auparavant, des chancres sur le gland et sur le frein de la verge. Après avoir suivi les conseils de divers empiriques, car tout le monde est en possession d'exercer la médecine dans la capitale de l'empire Ottoman, il avait eu recours à un médecin. Sa santé paraissait rétablie lorsque deux ans après, sans contagion nouvelle, survinrent des syphilides et plus tard la chute des cheveux et des poils. Il entra à l'hôpital de Yédi-Koulé où un traitement régulier fut institué ; mais re-

(1) Voir *Bulletin*, tome XII, page 935.

buté de sa longueur, il en sortit avant sa guérison complète. De nouveaux accidents ne tardèrent pas à reparaitre, et, un an et demi après, le 5 février 1852, il rentra dans le même hôpital où il fut confié aux soins de M. Beyran.

Il portait alors des périostoses douloureuses sur le tibia droit et sur la clavicule gauche, et la voix était altérée. Mais un phénomène fixa particulièrement l'attention de l'auteur : le globe oculaire droit était fortement porté en dedans de manière à ce que la cornée se trouvait presque entièrement cachée derrière le grand angle de l'œil ; cet organe, dont les mouvements étaient très-bornés, conservait la même position lorsque l'on couvrait l'œil sain. La pupille, restée contractile, paraissait un peu moins dilatée que celle du côté opposé. Il y avait diplopie et confusion des images, les deux yeux étant libres ou l'œil sain étant fermé ; ce phénomène disparaissait lorsque l'on recouvrait l'œil affecté. L'arcade sourcilière était le siège de douleurs gravatives qui augmentaient après le coucher du soleil. Il n'existait aucun signe d'affection cérébrale.

M. Beyran institua aussitôt un traitement par le proto-iodure de mercure en pilules, associé aux extraits de ciguë, d'opium et de belladone. Il prescrivit des vésicatoires saupoudrés de camphre sur les périostoses, dont il fit ensuite recouvrir les plaies de cataplasmes laudanisés, et un petit vésicatoire fut appliqué sur l'arcade sourcilière, à panser avec le cérat belladonné.

Le troisième jour, les douleurs des périostoses étaient considérablement diminuées et celles du sourcil avaient disparu. Vers le vingtième jour, l'adduction de l'œil était moins prononcée et il n'existait plus nulle part de douleur. L'iodure de potassium fut alors ajouté aux autres moyens de traitement. L'amélioration dans l'état de l'œil, des périostoses et de la santé générale fit désormais des progrès constants, et au bout de trois mois de traitement la guérison était complète. L'auteur a eu plus tard l'occasion de s'assurer de sa stabilité.

Après avoir indiqué les caractères qui distinguent la paralysie de la sixième paire du strabisme convergent et de la contracture du muscle droit interne, M. Beyran exprime la conviction que la paralysie de ce nerf était dépendante de la syphilis constitutionnelle. « Cette paralysie, survenue pendant les accidents tertiaires et trois ans et demi après le début de l'infection par des chancres, me porte à admettre, dit-il, que, par suite de la lésion spécifique des parties osseuses avec lesquelles la sixième paire

se trouve en rapport, il a pu et il peut toujours résulter, dans des circonstances analogues, une compression qui doit occasionner la paralysie de ce nerf. »

On conçoit, en effet, qu'une altération de nature syphilitique du tissu osseux ou fibreux dans un point du trajet du nerf oculo-moteur externe a pu en suspendre les fonctions, et le succès du traitement vient encore appuyer cette manière de voir.

Il en déduit enfin cette conséquence, que quand la cause de la paralysie de ce nerf ne siège pas dans le cerveau, on peut puiser de précieuses indications de traitement dans le fait de l'existence antérieure ou concomitante d'une infection syphilitique.

Le second Mémoire, celui de M. le docteur Démétrius Dallas, a pour titre : *Nouveau traitement rationnel de la blennorrhagie*. La blennorrhagie étant généralement regardée comme une maladie locale et le copahu comme son antidote par excellence, pourquoi, s'est demandé l'auteur, faire courir à cette substance dégoûtante, en l'introduisant dans l'estomac, les hasards d'une voie longue et détournée, et ne pas l'appliquer immédiatement sur le siège du mal? Ce raisonnement l'a conduit à l'emploi du copahu en injections dans le canal de l'urèthre, sous la forme d'un mélange composé le plus communément de cinq gros de copahu, suspendus à l'aide d'un jaune d'œuf dans sept onces d'eau, additionné d'un grain d'extrait d'opium. Ces injections sont répétées plusieurs fois par jour. Elles peuvent être administrées, dit l'auteur, toujours et partout, sans aucune difficulté, dans les cas récents ou légers comme dans les cas invétérés ou les plus graves; il ne s'agit que de saisir la dose la plus convenable à chaque cas particulier et de savoir y associer tel autre agent médicamenteux indiqué par les circonstances.

M. Dallas avait eu cinq fois l'occasion de mettre ce traitement en pratique et chaque fois le succès avait couronné son attente. Il cite trois faits. Dans le premier, une blennorrhagie au début, avec douleurs vives et écoulement déjà abondant, est réduite en huit jours à un léger suintement, et est entièrement guérie en quinze jours. Dans le deuxième cas, une sixième blennorrhagie, encore douloureuse et donnant une matière verdâtre, est tellement modifiée par les injections que, dès le sixième jour, la douleur avait disparu et l'écoulement diminué de moitié. Des excès ayant provoqué une grave recrudescence,

les injections reprises à trois gros, avec addition d'un demi-gros de camphre, puis reportées après trois jours à six gros, procurèrent en peu de jours une guérison complète. Le troisième cas enfin, nous montre des résultats également heureux.

L'idée de l'application directe du copahu aux écoulements blennorrhagiques et blennorrhéiques n'est pas nouvelle. Guidés par les mêmes raisonnements, d'autres médecins en avaient déjà fait usage. M. le professeur Taddei, de Bologne, a fait connaître en 1847 (*Bolletino delle scienze mediche di Bologna*), les nombreux succès qu'il avait obtenus de ce traitement. Il l'emploie avec un égal avantage dans la blennorrhagie, la blennorrhée et la leucorrhée. Seize grammes de copahu dans cent grammes d'émulsion d'amandes douces et de gomme arabique constituent l'injection pour la blennorrhagie aiguë. M. le professeur Marchal, de Strasbourg, applique aussi directement, depuis plusieurs années, le copahu sur les muqueuses malades, et ses succès sont constants, quel que soit le siège de l'écoulement, urèthre, vagin, utérus. Il n'y a recours toutefois, dans la majorité des cas, que lorsque l'acuité de l'inflammation a cédé aux moyens propres à combattre ce symptôme. Il allie le copahu à la gomme dans la proportion de cinq parties sur huit de cette dernière substance dissoute dans cent parties d'eau distillée. On lit dans une note de ce professeur, reproduite dans la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne (mois d'août 1852, p. 104), que ce liquide mis en contact avec les parties affectées, soit au moyen d'injections, soit, ce qui est préférable, à l'aide d'une sonde en caoutchouc qui en est chargée et enduite et qu'on laisse à demeure dans une portion de l'urèthre, soit enfin, dans la blennorrhagie vaginale ou utérine, au moyen de tampons qui en sont imprégnés, lui a procuré des succès constants en cinq à huit jours en moyenne.

M. Dallas n'a donc pas, comme il l'a pensé, employé le premier ce traitement ; sa modestie n'ambitionne nullement d'ailleurs cette priorité, mais il a le mérite d'avoir rappelé l'attention sur un mode d'administration du copahu plus rationnel, plus simple, beaucoup plus facile et dont l'utilité, fondée sur d'honorables témoignages, ne saurait être contestée.

J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de voter des remerciements à MM. Beyran et Dallas, de les prier de lui adresser de nouvelles communications et de déposer leurs mémoires aux archives.

— M. THIRY : Messieurs, j'étais loin de m'attendre à devoir prendre la parole aujourd'hui ; cependant il m'est impossible de ne pas vous soumettre quelques réflexions à propos des observations dont on vient de vous entretenir.

La première observation a trait à une paralysie du nerf moteur-oculaire externe, paralysie que l'auteur qualifie de syphilitique. Sans vouloir examiner tous les détails de cette observation, je pense qu'il est de mon devoir de fixer votre attention sur la conclusion finale qu'il en tire : « Quand on a à traiter une paralysie et que l'individu qui en est atteint a été antérieurement infecté de chancres ou de tout autre accident syphilitique, cette paralysie doit elle-même être considérée comme étant de nature syphilitique. » Eh bien ! Messieurs, une telle conclusion n'est pas rigoureuse ; de plus, elle est souvent erronée. En règle générale, il est impossible d'admettre que, parce qu'une personne aurait été infectée de chancre, elle doive, par ce fait, être constamment tenue en suspicion et qu'elle ne puisse plus être atteinte d'une maladie quelconque, sans qu'on se croie autorisé à regarder cette maladie comme dépendante de cette infection première. En appliquant cette donnée au cas actuel, je soutiens que c'est gratuitement que l'auteur a considéré cette paralysie comme syphilitique, s'il n'a pas eu devers lui d'autres renseignements que ceux tirés de l'existence d'un chancre et d'une syphilide, quatre années avant l'apparition de cette paralysie. Notez bien, Messieurs, que je ne prétends nullement infirmer le diagnostic posé par l'auteur, d'autant plus que le traitement qui en est résulté a réussi ; mais je soutiens que s'il n'a été dirigé que par le diagnostic qu'il invoque, ce n'est que par l'effet du hasard qu'il est arrivé à la découverte de la vérité. Il faut autre chose qu'une supposition, qu'un antécédent pour établir l'existence de la syphilis ; s'il en était autrement, il est bien peu d'affections qui ne pourraient être interprétées de la même manière, surtout lorsqu'elles présentent quelque obscurité dans leurs causes, et quelque analogie de forme ou de siège avec les accidents réputés véroliques. Qu'on ne l'oublie pas, une telle manière d'agir n'est pas exceptionnelle. Combien de fois n'avons-nous pas vu accorder le baptême syphilitique à une foule d'affections cutanées et osseuses, qui n'en pouvaient, mais qui avaient eu le tort de se produire chez des individus dont les antécédents n'étaient pas absolument indemnes de tout accident considéré comme appartenant à la syphilis ! C'est l'éternel *post hoc ergo*

propter hoc. Jadis lorsque quelques embarras politiques ou religieux venaient à surgir, on croyait avoir écarté toutes les difficultés en disant le plus magistralement possible, c'est la faute de Rousseau, c'est la faute de Voltaire. Ne fait-on pas absolument la même chose dans l'ordre d'idées qui nous occupent en ce moment ? Il faut qu'une fois pour toutes on éloigne une telle manière de raisonner et surtout d'observer qui conduit droit à la routine et à l'empirisme.

La syphilis ne procède pas de cette façon, son expression pathologique est trop éclatante pour que l'on ne soit pas toujours à même de la définir. Ses altérations, très-variables dans leurs sièges et dans leurs formes, ont cependant un cachet tout spécial qui ne peut guère échapper au praticien attentif ; elle a une cause fatale, qui se révèle toujours lorsqu'on veut se donner la peine de la rechercher.

Il ne suffit pas qu'un chancre ait existé pour être autorisé à donner la dénomination de syphilis à tous les accidents qui peuvent survenir après lui, car le chancre est une individualité pathologique indépendante, contagieuse, purement locale et qui comme individualité n'a aucun rapport avec la syphilis, quoi qu'en disent certains auteurs ; il faut encore, pour arriver à ce résultat, que le chancre se termine d'une certaine façon, c'est-à-dire par *induration*. L'induration seule doit être considérée comme la cause fatale et obligée de la syphilis ; nous allons même plus loin, nous disons qu'en dehors de cette induration, la syphilis est impossible. Or, Messieurs, remarquez bien ceci, dès que l'induration se produit, le chancre a disparu comme individualité, c'en est fait, vous rechercheriez en vain son virus ; si vivace pendant la durée du chancre, vous ne le rencontrerez plus.

La production de l'*induration* est de la plus haute importance ; son étude a été trop négligée, c'est pour cela que tant d'erreurs ont encore cours sur la syphilis. Jugez-en. Pour beaucoup d'auteurs il suffit qu'il y ait un chancre pour qu'aussitôt l'existence de la syphilis soit mise en avant ; conséquence évidemment fausse et qui a déterminé les résultats les plus déplorables. Dans d'autres circonstances, on ne fait aucune attention au développement de ce tissu néoplastique, le chancre se cicatrise, et précisément au moment où la syphilis va surgir on croit le malade guéri parce que le chancre est cicatrisé. Qu'en résulte-t-il ? Que l'on est tout étonné de voir des symptômes aussi

graves lorsqu'on regardait le malade comme étant en parfaite santé ; on a recours alors à la médication antisyphilitique , on fait ce que l'on a improprement appelé un traitement complet ; les accidents syphilitiques disparaissent, la victime reprend l'aspect de la santé, on croit à la guérison ; mais on s'est bien gardé de s'informer si l'induration a disparu, elle persiste et voilà qu'au bout d'un temps indéterminé les accidents véroliques reparaissent avec plus d'énergie ; alors les embarras du praticien deviennent considérables, son imagination se livre, à l'égard du protégé syphilitique, aux suppositions les moins vraisemblables : il prescrit les médications les plus diverses qui très-souvent viennent surajouter au mal. Pourquoi cela ? Parce qu'il a méconnu l'induration , et qu'il n'a pas compris que tant qu'elle existerait, la guérison serait impossible quels que soient les médicaments ingérés, quelle que soit la quantité administrée.... Le malade atteint de paralysie du nerf moteur oculaire externe ne s'est-il pas trouvé dans ces conditions ? N'est-ce pas parce que l'on a perdu de vue l'existence de l'*induration* que l'on est arrivé à avoir à déplorer cette paralysie ? N'est-il pas vrai que si l'on avait su en apprécier la valeur, on l'aurait tout d'abord combattue d'une manière efficace, et qu'ainsi l'on aurait évité de voir se produire un accident aussi grave quatre ans après la cicatrisation du chancre ? Ne ressort-il pas enfin de ce que je viens de dire, que l'induration est la seule cause de la vérole et que tant qu'elle n'a pas disparu, quel que soit le traitement employé, l'individu qui en est atteint est sous le coup de l'explosion syphilitique ?

On m'objectera que l'on a vu des chancres non indurés être suivis d'accidents véroliques ? A cela je répondrai, que l'on a vu des accidents que l'on disait véroliques parce qu'il y avait eu un chancre ; mais pour ce qui concerne des accidents syphilitiques survenus à la suite d'un chancre non induré, je les conteste ; ma raison me défend d'admettre des effets sans causes, et les faits confirment ce que ma raison a pressenti. Qu'on me croie, si le virus chancreux était absorbé, ce ne serait pas des accidents syphilitiques que l'on observerait, ce serait des accidents chancreux. L'affirmation contraire sera maintenue, je le sais bien, mais que n'affirme-t-on pas ? N'a-t-on pas soutenu et ne soutient-on pas encore tous les jours que les blennorrhagies sont des accidents syphilitiques ? Toutes ces prétentions seraient innocentes si elles ne consacraient pas une thérapeutique plus dangereuse que le mal qu'elle est destinée à combattre.

A propos de cette thérapeutique, permettez-moi, Messieurs, de vous soumettre quelques réflexions. On ne se contente pas d'administrer le mercure et ses préparations contre toutes les affections que l'on croit si facilement syphilitiques et qui, comme je viens de vous le dire, n'ont, très-souvent, aucun rapport avec elle, mais on est encore dominé par cette pensée éminemment dangereuse, que le mercure n'a d'action efficace que pour autant qu'on en a administré certaines doses. Quand un malade a pris vingt, trente grains de sublimé, quand il a fait un certain nombre de frictions hydrargyriques, quand enfin il a salivé plus ou moins fortement, que ses dents sont bien dégarnies et oscillantes, on proclame avec satisfaction que le *traitement est complet* et que la syphilis doit être guérie.

A mon tour je proclame qu'un tel traitement est plus dangereux que le mal et que très-souvent il a produit, administré abusivement et de cette manière, des accidents que l'on a pris pour syphilitiques. Et voyez la singularité, dans ces circonstances, les accidents mercuriels pris pour syphilitiques étaient encore combattus par le mercure ! Il est facile d'apprécier les conséquences d'une telle manière d'agir.

Les préparations mercurielles n'agissent comme agent antisypilitique que pour autant qu'elles sont absorbées ; pour obtenir cette absorption, il faut qu'on les donne à petites doses afin de respecter la sensibilité de l'estomac. Toutes les fois que ces doses dépasseront certaines limites, votre médicament deviendra une cause d'irritation pour l'estomac, et dès lors l'absorption si nécessaire ne se fera plus, ou ne se fera pas dans de bonnes conditions et votre médication restera sans effet.

Quant à la salivation, elle est pour nous l'indice que l'action des mercuriaux est détournée de son véritable but ; ceux-ci irritent les glandes salivaires, ils produisent un effet révulsif, mais n'agissent nullement alors contre la syphilis qu'il faut combattre et guérir. Aussi, qu'avons-nous observé dans les cas de salivation ? Que les accidents véroliques continuaient imperturbablement leur marche ascendante et que l'on devait d'abord guérir la salivation pour les combattre de nouveau avec succès. Il ressort de ces considérations sommaires, que la guérison de la syphilis ne peut être considérée comme réelle que pour autant que l'induration première ait disparu ; et que l'on ne peut affirmer cette guérison d'après les doses de mercure ingérées ni d'après les salivations obtenues, mais bien d'après l'action toute ration-

nelle de cette médication sur les manifestations syphilitiques, action qui aboutit à leur destruction complète et au rétablissement de la santé.

M. le rapporteur vous a aussi entretenu d'observations ayant trait à la guérison des blennorrhagies par les injections de copahu. Ici encore, Messieurs, je pense que l'auteur a outrepassé les bornes qu'il aurait dû s'imposer. Les injections de copahu peuvent être utiles sans doute, mais il faut préciser les cas, car elles ne peuvent être une panacée universelle.

Lorsqu'il s'agit de blennorrhagie, nous nous trouvons, comme pour la syphilis, dans un état de confusion inextricable. On semble faire des blennorrhagies un être à part ; dès qu'on aperçoit un écoulement, tout est dit, on ne fait pas des recherches ultérieures, on administre en général le même remède, ou bien on s'élance dans une médication empirique. Il n'est pas étonnant qu'en procédant ainsi, on ait tant d'insuccès et que l'on ait vu préconiser, tour à tour, contre cette affection, une foule de remèdes les plus opposés.

Ce désordre ne serait point arrivé si l'on avait voulu réfléchir que l'écoulement n'est qu'un symptôme d'une maladie qui peut présenter des caractères très-variés ; si l'on avait voulu comprendre que les écoulements blennorrhagiques varient par leur nature, leurs causes et les altérations qui les produisent ; si, enfin, on avait voulu tenir compte du siège que ces blennorrhagies occupent et de l'intensité inflammatoire qu'elles peuvent présenter.

On ne peut disconvenir que si, d'après ces diverses conditions, les blennorrhagies exigent des traitements tout particuliers, il est impossible que nous nous fassions une juste idée de l'utilité des injections de copahu, vu que l'auteur ne définit nullement les cas qui peuvent réclamer leur emploi. Vous êtes persuadé, qu'il serait ridicule de prétendre que toutes les pneumonies doivent être traitées de la même manière ; il ne le serait pas moins de soulever la même prétention à l'égard des blennorrhagies, car outre les différences de nature, de causes, d'altérations et d'intensité qu'elles présentent, elles se modifient encore suivant la constitution et le tempérament des individus affectés et suivant les diathèses préexistantes qui peuvent susciter diverses indications thérapeutiques spéciales, si on veut obtenir réellement la guérison des blennorrhagies. C'est parce que l'on a perdu de vue toutes ces considérations, que le traitement antiblennorrhagique est encore si peu avancé. Il en sera

toujours ainsi, tant que l'on se basera sur des présomptions et que l'on négligera l'étude attentive des faits en dehors de toute préoccupation théorique.

En ce qui concerne les blennorrhagies, c'est une erreur de croire que leur traitement puisse être uniforme ; les indications thérapeutiques, dans les blennorrhagies, sont aussi nombreuses et aussi variées que les blennorrhagies elles-mêmes, de sorte qu'il serait exact de dire qu'il serait difficile de rencontrer deux cas qui exigent le même traitement. Si nous nous en tenons tout simplement à l'appréciation des altérations diverses qui provoquent et entretiennent les écoulements, n'est-il pas vrai, que les blennorrhagies simples réclament un autre traitement que les blennorrhagies granuleuses et chancreuses ? N'est-il pas vrai enfin, que ces affections doivent encore exiger d'autres remèdes suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques, suivant leurs complications et suivant les conditions toutes spéciales que peut présenter le sujet qui en est atteint ?

Ces principes fondamentaux admis, je reviens aux injections de copahu. L'honorable rapporteur a fait remarquer avec raison, que l'administration du copahu en injections n'était pas nouvelle ; il aurait pu même dire qu'en Belgique on en avait déjà fait souvent usage. Moi-même, dans certains cas bien déterminés, j'ai prescrit le copahu en injections et j'en ai obtenu des avantages signalés. A ce propos, permettez-moi de vous indiquer un mode nouveau suivant lequel je l'ordonne et qui me paraît préférable aux simples injections de copahu. Il est évident que l'action du copahu en injection n'est appuyée que par une idée empirique ; on s'est dit : comme le copahu donné à l'intérieur guérit les blennorrhagies, n'est-il pas possible d'obtenir le même résultat en l'administrant en injection ? On a perdu de vue que, prescrit à l'intérieur, ce médicament, lorsqu'il n'agissait pas directement sur les voies digestives, subissait une élaboration toute spéciale de la part des reins avant d'agir sur l'urèthre ; j'ai voulu me rapprocher de cette élaboration, en mêlant, ainsi que l'avait fait auparavant M. Ricord, le copahu avec l'urée.

Les injections d'urée et de copahu ne doivent pas être faites arbitrairement.

J'en prescris ordinairement une ou deux par jour, que j'altère avec des injections émollientes ou légèrement astringentes ; ces injections doivent être retenues quelques minutes dans le canal de l'urèthre, et au bout de quelques jours, il faut savoir les sus-

pendre afin de pouvoir apprécier le résultat obtenu ; car, en dépassant certaines limites, on manquerait le but et l'on ferait plus de mal que de bien.

J'ai obtenu par l'emploi de ces injections des résultats très-satisfaisants, lorsque l'inflammation blennorrhagique était simple, à l'état chronique, et que l'écoulement n'était plus constitué que par une sécrétion purement muqueuse.

. D'après cela, il est hors de doute que ces injections sont positivement contre-indiquées à l'état aigu et lorsque l'inflammation uréthrale présente quelque chose de spécifique dans sa cause et dans ses effets.

Telles sont, Messieurs, les réflexions que j'avais à vous soumettre à propos du rapport dont il vient de vous être donné lecture.

— **M. GOUZÉE** : L'honorable M. Thiry a attaché avec raison de l'importance à l'induration des chancres. Mais je dois disculper l'honorable auteur du Mémoire de ce qu'il n'a pas parlé d'induration. Il a vu le malade quatre ans après que le chancre avait existé ; il a jugé que la maladie était de nature vénérienne par les symptômes qu'il avait sous les yeux.

— **M. LOMBARD** : Je ne veux m'occuper en rien de la question qui a été traitée avec tant de lucidité par notre honorable collègue, la genèse de la syphilis ; ce n'est pas du chancre induré que je veux parler. Mais j'ai un mot à dire des observations que l'on vous a lues.

Il est de toute évidence que quand un praticien est appelé chez un malade qui présente, comme celui-ci, une paralysie, il ne retrouve plus, quatre ans après, le chancre induré. Le praticien ne cherche plus une indication qui a disparu, mais il faut qu'il établisse un traitement. S'il apprend que le malade a eu des chancres, celui-ci ne sait pas lui dire si ces chancres ont passé ou non par l'induration ; il est peu de malades capables de vous éclairer sur ce point. Le médecin ne peut donc retrouver l'induration, et il doit rechercher l'indication thérapeutique.

Comme l'auteur du Mémoire l'a établi, la paralysie était indépendante de toute lésion cérébrale. Il y avait des douleurs à l'orbite ; ces douleurs s'exaspéraient dans la soirée ; il y avait le fait antérieur des chancres. Ces indications thérapeutiques étaient claires, précises, et s'il avait fallu qu'on retrouvât l'induration, le traitement qui devait guérir le malade n'aurait pu être institué.

Les métamorphoses de la syphilis sont chose commune,

Messieurs, et dans ce cas là vous ne retrouvez pas l'induration. C'est dix ans, quinze ans, vingt ans après que les accidents surviennent, et si vous deviez, je le répète, retrouver l'induration, le traitement qui doit guérir votre malade ne serait pas établi.

Tout en admettant donc l'importance qu'il y a de remonter à l'induration, quand il est possible de la retrouver, je dis que, sans elle, je peux établir mon traitement et je loue fort l'auteur du *Mémoire* d'être arrivé à reconnaître qu'il s'agissait d'une paralysie syphilitique qu'il a heureusement guérie, parce que son diagnostic a été précis.

Maintenant est-il exact et pouvons-nous admettre avec notre honorable collègue, que toutes les fois qu'il y a salivation, il y a par ce fait même non guérison de la cause syphilitique. Si vous admettiez cela, Messieurs, comment pourriez-vous comprendre l'époque où les médecins ne trouvaient de guérison de la syphilis qu'en provoquant la salivation ? Et cette époque, Messieurs, elle a été de longue durée ; pendant des siècles on n'a pas fait autrement, pendant des siècles on n'a cru pouvoir guérir la syphilis qu'en provoquant la salivation. Si la salivation eut été un obstacle à la guérison, nul des malades des siècles passés n'eût guéri. Or, nous avons des observations par milliers, par centaines de mille qui montrent qu'on guérit la syphilis malgré la salivation, ou peut-être avec l'aide de la salivation. Mais à coup sûr nous ne pouvons admettre que la salivation soit un empêchement à la guérison de la syphilis. Que ce soit un mal, j'en conviens ; les médecins habiles ne la provoquent plus et ils ont raison ; mais c'est contre le principe que je fais ces réflexions.

Admettons-nous encore que quand, dans des blennorrhagies, nous donnons le baume de copahu, c'est par la petite quantité de ce baume absorbée, passant par les reins à travers le canal urinaire que l'action se produit ? Je ne le pense pas et voici pourquoi : toutes les fois que nous donnons la potion de Chopart, potion où entre le copahu à haute dose, toutes les fois qu'elle réussit, c'est à l'aide d'une diarrhée ou d'une superpurgation. Or, toutes les fois qu'il y a superpurgation, ne devons-nous pas penser que ce flux abondant produit sur la surface gastro-intestinale est la cause de la guérison, plutôt que de croire que celle-ci est due à ces quelques atomes de baume de copahu absorbés ? C'est une question que je sou mets à notre honorable collègue.

— M. THIRY : Mon honorable ami M. le professeur Lombard ne partage pas les idées que j'ai cru devoir développer à propos des observations sur lesquelles il vous a été fait rapport. Examinons, si les raisons qu'il a avancées pour combattre les opinions que j'ai émises sont bien concluantes. Je serai bref, ne voulant point abuser des instants de l'Académie.

M. Lombard félicite l'auteur de la première observation d'avoir pu diagnostiquer que la paralysie du nerf moteur oculaire était syphilitique, sans avoir eu besoin de constater l'induration. Je l'en félicite aussi, seulement je ferai remarquer qu'ici le hasard l'a parfaitement servi, et je n'engagerai personne à suivre la même voie dans l'avenir ; car, s'il s'est enfin aperçu qu'il avait à traiter une paralysie syphilitique, ce n'est certes pas *à priori*, mais bien lorsqu'il a reconnu que le traitement mercuriel l'avait guérie ; de sorte qu'ici le diagnostic n'a pas servi d'indication au traitement, mais le traitement a servi à poser un diagnostic.

On ne retrouve pas toujours l'induration quand on la recherche, m'objectera-t-on. Je suis bien fâché de le dire, si l'induration est si peu constatée, c'est que, dominé par les théories qui ont encore cours aujourd'hui, on se donne rarement la peine de la rechercher, et cette raison est suffisante pour expliquer pourquoi l'auteur en question n'en dit pas un mot.

Nous osons affirmer en principe, qu'il n'existe pas de syphilis sans induration préalable ; on la retrouvera toujours, si la personne atteinte de syphilis vient vous consulter au début de sa maladie et surtout si elle n'a encore subi aucun traitement. Après cela, on comprend que je ne veux pas soutenir que dans tous les cas de syphilis on doive nécessairement la retrouver ; il peut fort bien se faire que chez les individus qui ont des récidives syphilitiques et qui, par conséquent, ont mis en usage divers traitements, l'induration disparaisse tout d'abord à l'égal des autres accidents véroliques, mais dans ces cas, qui sont rares, la loi que j'ai formulée n'en est pas moins d'une exactitude rigoureuse. Comme je viens de le dire, ces cas sont rares, car c'est précisément parce que l'induration passe inaperçue, après ces guérisons apparentes, que l'on a à déplorer tant de récidives. Nous l'avons retrouvée vingt ans après l'apparition du chancre chez des individus qui avaient fait les traitements les plus divers et chez lesquels, par le fait, la syphilis n'avait jamais cessé d'exister.

M. Lombard a dit un mot des métamorphoses de la syphilis ; cette question est trop vaste pour m'y arrêter maintenant ; je dirai pourtant que je suis loin de partager toutes les opinions émises à ce sujet.

La salivation a produit souvent de bons résultats, prétend mon savant confrère ; mais où a-t-il vu que les succès dussent être attribués à la salivation ? Sans doute la salivation n'a pas toujours empêché la guérison de la syphilis, mais qu'il veuille rappeler ses souvenirs, et il n'hésitera pas à reconnaître que l'abus du mercure, que la salivation a produit des résultats désastreux.

Un mot encore : quand est-ce que l'iodure de potassium a compté le plus de succès contre les accidents réputés syphilitiques ? N'est-ce pas à cette époque où l'on prescrivait le mercure à propos du moindre accident suspect ? N'est-ce pas à l'époque où l'on calculait l'efficacité du traitement antisiphilitique d'après les doses ingérées ? Si l'iodure de potassium a eu tant de vogue, qu'on m'en croie, c'est parce que le plus souvent les prétendus accidents tertiaires n'étaient que des accidents mercuriels.

Rappelez-vous cette vérité reconnue depuis longtemps : le mercure, administré abusivement, a produit plus de désordres que la syphilis elle-même. C'est là une conviction que je voudrais voir partager par tous mes honorables collègues.

— M. FOSSION : Je ne veux pas m'occuper de la syphilis ni de son traitement ; je veux faire observer que le cas dont il s'agit est extrêmement intéressant, parce que les paralysies du nerf oculo-moteur externe sont toujours très-rares. Ce nerf n'a été trouvé paralysé d'une manière bien authentique que dans quelques cas et le but de l'auteur du Mémoire était de vous faire connaître un cas nouveau. On ne connaît que deux cas bien authentiques dans la science ; celui-ci serait le troisième et il mérite la plus grande attention.

— M. HAIRION : Je demande que la discussion soit continuée à la prochaine séance. J'aurai quelques mots à répondre.

— L'Académie décide que cette discussion sera continuée à la prochaine séance.

L'Académie renvoie ensuite à la prochaine séance la nomination de la Commission dont il s'agit dans l'article 104 du règlement.

— M. SEUTIN : Ne pourrait-on pas mettre en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance tous les rapports arriérés ?

M. DIDOT : Une discussion s'ouvre sur tous les rapports dont on donne lecture; je demande que l'ordre du jour soit suivi.

— **M. FALLOT :** Les retards dont on se plaint ne cesseront que quand l'Académie aura décidé que les rapports ne seront plus discutés immédiatement après leur lecture.

La séance est levée à trois heures et quart.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ANNALES des Universités de Belgique, années 1842 à 1848. Bruxelles, 6 vol. in-8°.

HISTOIRE de la langue et de la littérature provençales, et de leur influence sur l'Espagne, ainsi que sur une partie de l'Italie, durant les XI^e et XII^e siècles; par M. A. De Closset. Bruxelles, 1845, 1 br. in-8°.

DISCUSSION de la loi sur l'enseignement moyen du 1^{er} juin 1850. Bruxelles, 1850, 2 vol. in-8°.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. Recueil des dispositions organiques et règlements et des programmes de l'École des arts et manufactures et des mines, annexée à l'Université de Liège. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

ENSEIGNEMENT MOYEN. Attributions générales des bureaux d'administration des Écoles moyennes, etc. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

ENSEIGNEMENT MOYEN. Organisation du service de l'inspection des établissements d'instruction moyenne. Bruxelles, 1851, 1 br. in-8°.

INSTRUCTION MOYENNE. Organisation de l'enseignement normal pédagogique, destiné à former les professeurs pour les Athénées. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

Loi sur l'enseignement moyen du 1^{er} juin 1850; Bruxelles, 1850, 1 br. in-8°.

INSTRUCTION PUBLIQUE. Enseignement normal pédagogique de l'État, etc. Bruxelles, 1851, 1 br. in-8°.

INSTRUCTION MOYENNE. Arrêtés ministériels pris en exécution des arrêtés royaux du 1^{er} et du 2 septembre 1852, concernant respectivement l'École normale pour les humanités et l'École normale pour les sciences. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

TRAITÉ des tumeurs blanches des articulations; par M. le docteur J. Crocq. Bruxelles, 1853, 1 vol. in-8°.

CHIRURGIE conservatrice des membres et traité des principes et des moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses; par M. Amédée Massart. Napoléon-Vendée, 1853, 1 vol. in-8°.

LE GÉNIE de la chirurgie; par M. Ad. Burggraave. Gand, 1853, 1 vol. in-8°.

THÉRAPEUTIQUE naturelle de la folie. L'air libre de la vie de famille dans la commune de Gheel; par M. le docteur J. Parigot. Bruxelles, 1852, 1 br. in-8°.

TABLEAU analytique des maladies mentales, à l'usage des jurisconsultes et des médecins; par le même. Gand, 1854, 1 br. in-4°.

LEVENSLER en ontleedkunde van het menschen-Lichaem, door dr F.-J. Matthysens. Antwerpen, 1853, 1 vol. in-8°.

FLORE générale de la Belgique; par C. Mathieu. Les livr. 10 à 15.

BULLETIN de l'Institut archéologique Liégeois. Tome 1^{er}, 3 liv. in-8°.

RAPPORT sur les archives de l'État dans les provinces, adressé à M. le Ministre de l'Intérieur; par M. Gachard. Bruxelles, 1854, 1 vol. in-8°.

CONFÉRENCE maritime tenue à Bruxelles pour l'adoption d'un système uniforme d'observations météorologiques à la mer. Août et septembre 1853. 1 br. in-4°.

BESCHRYVING der provincie Antwerpen, door Sleenckx. Antwerpen, 1852, 1 vol. in-8°.

BULLETIN de la Commission centrale de statistique; le tome 5^e et la 1^{re} partie du tome VI. Bruxelles, 1854, in-4°.

LA LIBERTÉ de l'enseignement, la science et les professions libérales à propos de la révision de la loi sur les examens universitaires; par un membre du Conseil de perfectionnement de l'enseignement supérieur. Liège, 1854, 1 br. in-8°.

ULCÈRE cancéreux du nez, guéri par une application de pâte arsénicale; par M. Rul-Ogez. 1 br. in-8°.

DU CATHÉTÉRISME de la trompe d'Eustache et de quelques cas non décrits par les auteurs qui en réclament l'emploi; par M. Bonnafont. 1 br. in-8°.

MÉMOIRE sur le traitement des orchites en général par le collodion; par le même. Paris, 1854, 1 br. in-8°.

SPA considéré dans son passé, son présent et son avenir comme établissement d'eaux minérales et de bains; par le docteur Thomas Cutler. Bruxelles 1853, 1 br. in-8°.

NOTES ON SPA and its chalybeate springs, by Th. Cutler. Bruxelles, 1854, 1 br. in-8°.

BULLETIN de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique; le n° 5 du tome XXI.

BULLETIN de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Annexe aux bulletins, année 1853-1854, 1 vol. in-8°.

ANNALES de l'Académie d'archéologie de Belgique; la 2^e liv. du tome XI.

JOURNAL des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie; les nos 24 à 26, année 1854.

MÉMOIRES et publications de la Société des sciences, des arts et des lettres du Hainaut. Tome 1^{er} de la 2^e série. Mons, 1854, in-8°.

VERHANDLUNGEN der physica lisch medicinischen gesellschaft Würzburg; le 3^e cahier du 4^e vol.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une société de médecins; le cahier de mai 1854.

NEDERLANDSCH LANCET; les nos 8 et 9.

ANNALES d'oculistique; la 5^e livraison du tome XXXI.

UNION médicale; les nos 65 à 75, année 1854.

LE SCALPEL; les nos 30 à 32, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris; les nos 22 à 25, année 1854.

ALLGEMEINE Medicinische Central Zeitung; les nos 39 à 40, année 1854.

JOURNAL de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers; le cahier de juin 1854.

GAZETTE médicale de Strasbourg; le n° 6, année 1854.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale; publiées par les docteurs René Vanoye et J. Ossieur; les 10^e et 11^e livraisons, année 1854.

ANNALES de médecine vétérinaire; le cahier de juin 1854.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; le cahier de juin 1854.

MONITEUR de l'enseignement; les nos 3 et 4 du tome 1^{er}, 3^e série.

LA PRESSE médicale belge; les nos 24 à 27, année 1854.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée; le n° 25, 5^e année.

RECUEIL de médecine vétérinaire pratique; le cahier de mai 1854.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques; le cahier de juin 1854.

GAZETTE médicale de Liège; publiée par les docteurs Lombard et Boëns; les nos 8 et 10, année 1854.

EL SIGLO MÉDICO. (Boletín de medicina y gaceta médica); les nos 22 à 25, année 1854.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie, rédigée par M. le docteur A. Dechambre; les nos 54 à 58, année 1854.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1854.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures et un quart.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et approuvé.

L'Académie se forme en comité secret. Dans ce comité, il a été procédé à la nomination au scrutin secret, de la Commission instituée en vertu de l'art. 104 du règlement. MM. Tallois, Stas et Graux ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages, ont été proclamés membres de cette Commission.

La séance est ensuite rendue publique.

I. — COMMUNICATION DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet pour la bibliothèque de l'Académie, l'exposé de la situation administrative des provinces pour 1854.

II. — CORRESPONDANCE.

MM. François, Mareska et Pasquier, préviennent qu'ils ne peuvent se rendre à la séance.

M. le docteur Dechange soumet à l'Académie un nouveau speculum uteri et une nouvelle sonde œsophagienne à courbure mobile. Ces instruments sont accompagnés d'une note descriptive. — Commissaires : MM. Marinus, De Meyer et Mascart.

M. le docteur Chartroule, de Paris, transmet un mémoire intitulé : De l'emploi direct de l'iode dans la phthisie. — Renvoi à la deuxième Section.

M. Heyfelder, membre honoraire, envoie un nouvel ouvrage de M. le docteur Bibra, en exprimant le désir que la Compagnie associe ce médecin à ses travaux avec le titre de correspondant.

M. le docteur Crocq, de Bruxelles, a fait au Bureau la remise d'un paquet cacheté dont il demande le dépôt.

M. Davreux offre, de la part des anciens élèves de M. Delvaux, de Liège, le portrait de ce professeur, membre honoraire de l'Académie.

M. Warlomont, membre correspondant, fait hommage d'un exemplaire du travail qu'il vient de publier sur le pannus et sur son traitement.

M. Lebeau présente la seconde partie du travail de M. Quihart sur la fièvre typhoïde. — Ce mémoire est envoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Mascart, Craninx et François.

III. — LECTURES.

— M. LE PRÉSIDENT : Le premier objet à l'ordre du jour est la continuation de la discussion de la Note de M. Didot, relative aux gangrènes spontanées ; mais M. François a écrit au Bureau qu'il ne peut assister à la séance et qu'il lui serait agréable de voir remettre cette discussion à un autre jour. Quelqu'un a-t-il des observations à faire sur cet ajournement ?

— M. DIDOT : Messieurs, la question des gangrènes spontanées a déjà été remise si souvent qu'il serait bien désirable de ne pas l'ajourner de nouveau. D'ailleurs, la réponse que j'ai à faire aux observations présentées jusqu'ici, sera assez longue et elle aura besoin d'être lue dans le *Bulletin*, pour qu'on puisse y répliquer.

— M. BURGGRAEVE : Il me semble qu'en présence du désir exprimé par M. François, qui a pris position dans le débat, il est difficile de ne pas y déférer.

— M. DIDOT : Je ne m'oppose pas à ce qu'on fasse droit à la demande de M. François.

— M. FOSSION : Il est plus que probable que la discussion ne sera pas terminée aujourd'hui. M. Didot aura à parler longuement et M. François pourra lire son discours dans le *Bulletin*. Si vous alliez remettre la discussion chaque fois qu'un

membre ne pourrait pas venir, il n'y aurait plus d'ordre du jour possible.

— **M. LE PRÉSIDENT** : Il y a une question préalable à décider : le deuxième objet à l'ordre du jour est la discussion du rapport de la Commission chargée d'examiner le Mémoire de M. le docteur Van de Loo sur le bandage plâtré de M. le docteur Mathijssen; M. Burggraeve nous avait demandé de pouvoir faire une communication sur le bandage ouaté; nous avons supposé que cette communication se rapportait à la discussion dont je viens de parler, mais M. Burggraeve me dit à l'instant qu'il s'agit de matériaux pour la discussion; ne pensez-vous pas qu'il conviendrait d'abord de l'entendre?

— **M. SEUTIN** : Il me semble que M. Burggraeve pourrait être entendu dans la discussion.

— **M. BURGGRAEVE** : J'ai eu l'honneur d'écrire au Bureau afin d'être porté à l'ordre du jour pour une communication concernant les appareils ouatés. Il me serait très-difficile, du reste, de la faire entrer dans la discussion.

L'Académie décide que M. Burggraeve sera entendu immédiatement.

Des appareils ouatés à propos des appareils plâtrés et de leurs usages, notamment dans les phlegmons diffus et les accidents traumatiques graves; par le docteur BURGGRAEVE, membre titulaire.

Messieurs,

A propos des bandages en plâtre de M. le docteur Mathijssen, l'honorable rapporteur de la Commission à laquelle vous en avez renvoyé l'examen, a cru devoir faire le procès aux appareils ouatés (1).

Comme à tort ou à raison, mon nom s'est attaché à ces appareils (2), vous voudrez bien me permettre d'en prendre la défense.

(1) Voir le *Bulletin*, nos 4-8, année 1854.

(2) C'est la nécessité qui nous a fait songer aux appareils ouatés. Nous y avons été conduit tout naturellement, par suite de notre position. Nous venions d'être appelé à la chaire de clinique externe de l'Université de Gand, en remplacement de feu le professeur Verbeek. En même temps nous avons été nommé chirurgien principal de l'hôpital civil de la même ville. Les cas graves abondent à cet établissement à cause de l'industrie manufacturière; aussi l'étendue et la responsabilité de notre tâche étaient-elles fort

Je professe, a-t-on dit, un amour exclusif et aveugle pour les appareils ouatés.

Messieurs, ni l'un ni l'autre.

Quand on est attaché à un hôpital aussi considérable que celui de Gand; quand on porte la responsabilité des cas graves que la fabrique y envoie presque chaque jour, je dis qu'on voudrait en vain s'aveugler sur une méthode dont les avantages ne seraient qu'illusoire. Depuis que ces appareils fonctionnent dans mon service, il y a longtemps que j'aurais dû y renoncer, si je n'obtenais que des succès douteux. A défaut de clairvoyance de ma part, l'opinion aurait fait justice d'une obstination qui, pour être aveugle, n'en aurait pas été moins déplorable.

De 1847, époque où j'ai commencé à me servir des appareils ouatés, jusqu'à ce jour, ces appareils ont été appliqués dans plus de *six-cents cas*, contusions, phlegmons circonscrits ou diffus, lymphangites, phlébites, arterites, arthrites, tumeurs blanches, entorses, luxations; fractures simples ou compliquées, etc.

Un grand nombre de ces cas ont été graves. Je livre ces faits à votre appréciation, sans commentaires.

Un grand débat va s'ouvrir devant vous. Votre Commission en a d'avance élargi le champ et je l'en félicite. Au lieu de n'y voir qu'une question de plâtre ou d'amidon, elle s'est attachée aux principes. C'est sur ce terrain que nous allons avoir à la sui-

grandes : on conçoit que nous avons songé à diminuer l'une et l'autre. Nous avions les bandages amidonnés; mais il nous parut qu'ils ne présentaient pas toutes les garanties désirables. Devoir ouvrir constamment les appareils nous parut presque aussi pénible que l'emploi des méthodes anciennes. Nous nous mîmes donc en devoir de remédier à cet inconvénient. L'occasion ne tarda pas à se présenter. Une fracture comminutive du bras, difficile à maintenir, nous suggéra l'idée de construire un appareil ouaté. — Voici comment nous procédâmes : une couche d'ouate de coton finement cardé, sans gomme, fut étalée sur une feuille de carton légèrement mouillée. Le membre fut reposé sur cette espèce de matelas, puis la réduction ayant été opérée, la feuille fut repliée autour du membre. Afin d'éviter les godets, on pratiqua ça et là des déchirures. Le tout fut enroulé d'une bande et amidonné. L'appareil étant sec, fut incisé. A notre grande satisfaction, l'engorgement était en voie de résolution. — Tels furent nos premiers essais, dont la *Presse médicale Belge* a rendu compte en 1849 et 1850. — Que ceux qui ont soulevé la question de priorité, veuillent bien également faire connaître leur point de départ, en précisant les dates. — C'est à Ch. Mayor, le grand simplificateur en chirurgie, que remontent les premières applications de l'ouate au traitement des fractures. — Le docteur Frédéricq, de si regrettable mémoire, en a également indiqué l'emploi. Mais c'est à Gand que la méthode a été généralisée. Si l'appareil ouaté s'est répandu si vite, c'est par ceux qui l'ont vu fonctionner dans mon service et qui en ont pu constater aussi par eux-mêmes les bons effets. — Nous ferons observer ici que le Mémoire où nous avons consigné nos premiers essais, a été traduit en Allemagne et se trouve déjà à sa seconde édition. — Sous peu, nous ferons paraître un *Traité général des Pansements et Délégations*.

vre. Nous écarterons autant que possible les noms propres, persuadé qu'ils n'ont d'autre résultat que de substituer des intérêts personnels à ceux de la science.

II. — *De l'inamovibilité et de l'amovibilité dans les pansements.*

Deux principes sont ici en présence : *l'inamovibilité* et *l'amovibilité*. Lequel des deux doit-il l'emporter?

Cette question ne saurait être résolue d'une manière absolue; il faut distinguer les cas qui ne réclament aucun soin consécutif de ceux qui nécessitent une surveillance de tous les jours, de toutes les heures.

Pour les premiers, il est évident que c'est *l'inamovibilité* qui doit l'emporter. Que si cela n'est pas, c'est qu'on n'a pas confiance dans les appareils employés et que ces appareils présentent un danger réel dans leur permanence. En vain s'en défendrait-on, c'est là le motif de *l'amovo-inamovibilité*. Qu'est-il besoin de regarder à une fracture, une entorse, une luxation lorsqu'elles ont été convenablement réduites? Évidemment, ouvrir un appareil quand rien ne le nécessite, c'est nuire à la guérison ou la retarder, car la nature ne demande qu'*immobilité* et *repos*.

III. — *Des appareils plâtrés.*

Quel est l'appareil qui répond le mieux aux conditions que nous venons de poser?

Est-ce l'appareil amidonné? Nous nous sommes déjà expliqué sur cet appareil de manière, pensons-nous, à concilier nos devoirs de praticien avec la déférence que commande le collègue dont la ferme volonté et les convictions inébranlables ont contribué si puissamment à dégager la chirurgie des langes qui sous le nom de bandes, de fanons, de draps-fanons embarrassaient sa marche.

Est-ce l'appareil plâtré récemment inféodé par le docteur Mathijssen?

Nous dirons sur cet appareil notre pensée tout entière. Nous n'avons pas attendu pour lui rendre hommage que l'Académie en fût saisie. Dans un récent ouvrage dont le titre a été cité (le Génie de la Chirurgie), nous avons dit que cet appareil était extrêmement ingénieux, et que l'idée en appartenait tout entière au docteur Mathijssen, car personne avant lui n'avait songé à incorporer le plâtre dans les mailles d'une étoffe de coton ou de laine. Mais son mérite ne va pas au delà, et nous ne pensons

pas nous tromper (malgré les éloges sans restriction que l'honorable rapporteur lui a donnés, éloges que viendront peut-être atténuer ses collègues, puisqu'en donnant leur approbation aux conclusions finales du rapport, ils se sont réservé leur opinion sur les conclusions scientifiques, *lesquelles*, disent-ils, *expriment uniquement la manière de voir du rapporteur*) en affirmant que ces appareils, comme ceux de Froriep, de Dieffenbach, et de M. Heyndriex le compatriote de M. Mathijssen, n'appartiendront bientôt plus qu'à l'histoire de l'art.

C'est que les inconvénients et les dangers de ces appareils sont nombreux. Le principal, c'est d'exposer aux inflammations.

Un appareil déligateur, pour présenter toute sécurité, doit pouvoir être abandonné à lui-même, sans qu'on ait à craindre, dans l'intervalle, des accidents graves. Nous exceptons les hôpitaux où la surveillance est incessante et où tous les secours sont sous la main. Mais dans la pratique civile, surtout à la campagne, combien ne serait-il pas dangereux d'abandonner l'appareil plâtré à lui-même ? En vain soutiendra-t-on le contraire, il n'est aucun praticien qui voudra en prendre la responsabilité.

D'ailleurs, les appareils plâtrés ne sont pas aussi simples qu'on l'a prétendu. Nous les trouvons, au contraire, fort compliqués. Leur ingrédient principal, le plâtre, est capricieux, difficile à conserver et il est rare qu'on l'ait sous la main. Nous en trouvons la preuve dans le rapport même. Voyez l'observation troisième. Il s'est agi d'une fracture des deux os de l'avant-bras. L'honorable rapporteur arrivé une demi-heure environ après l'accident, opéra la réduction et, faute de mieux, construisit un appareil avec du calicot neuf encore empesé et du plâtre avarié. La solidification se fit mal et le lendemain le bandage était à peu près démoli.

Les douleurs s'étaient reproduites pendant la nuit et le patient n'avait cru pouvoir mieux faire, que d'enlever toutes les pièces de l'appareil qui, du reste, n'avaient contracté qu'une faible adhérence entre elles. *Il y avait du gonflement et des phlyctènes se dessinaient çà et là sur la surface de l'avant-bras.* Un nouvel appareil fut appliqué, cette-fois avec de bon plâtre et la solidification eut lieu. Mais quelques jours après, l'honorable rapporteur dut combler les vides produits dans l'appareil avec de l'ouate ; *un peu*, dit-il, comme s'il voulait s'en excuser. Dès ce moment, la guérison ne fut interrompue par aucun phénomène particulier.

Nous insistons sur les diverses circonstances de ce cas, d'ailleurs assez simple en soi, parce qu'elles disent beaucoup mieux que les plus longs raisonnements, à quoi on s'expose avec l'appareil plâtré.

Nous ne savons pourquoi l'honorable rapporteur a cru devoir passer sous silence la modification proposée par nous à l'appareil Mathijssen, modification qui tend à enlever à cet appareil ce qu'il y a de dangereux, *la constriction*. Sous le nom de *Coque gypso-ouatée*, nous avons décrit un bandage dont l'ouate et les bandes plâtrées feraient les frais, de manière à en avoir les avantages réunis (Voir le *Génie de la Chirurgie*). Le fait rapporté cité plus haut, démontre qu'il se forme un vide dans l'appareil plâtré, qui force à l'ouvrir et à le rembourrer.

M. le docteur Van de Loo qui s'est fait l'apôtre de l'appareil plâtré, dit qu'il est d'une extrême facilité d'application et qu'il n'exige ni apprentissage ni habitude. C'est là une illusion qu'explique l'esprit de prosélytisme. Nous devons à la vérité de dire que l'appareil exige les plus grandes précautions et que si l'on n'a eu soin d'appliquer les bandes ou les bandelettes le plus lâchement possible, il s'opère par la dessiccation une étreinte intolérable. Un de nos malades, convalescent d'une fracture de jambe, redemanda l'appareil ouaté à grands cris, après que son membre eut été renfermé pendant quelques heures dans la coque gypseuse. Arguera-t-on d'un manque d'habitude? Mais on a dit qu'il n'en faut aucune. Je n'étais pas d'ailleurs à mon apprentissage; j'avais vu appliquer l'appareil à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, et je m'y étais exercé moi-même grâce à l'obligeance de mon honorable ami, M. le docteur André Uytterhoeven. Dès ce moment je m'étais aperçu de la tendance de l'appareil à se rétrécir et j'en avais fait la remarque à l'interne de service qui me confirma dans mon observation. On conçoit de quelles précautions je fis usage quand j'appliquai la première fois l'appareil dans ma clinique, car je tenais à réussir, l'appareil m'ayant frappé par son élégance et sa solidité. Mais je dus y renoncer.

IV. — Appareils ouatés.

Nous arrivons aux appareils ouatés. Pourquoi avons-nous dans ces appareils une confiance si entière? C'est parce que l'expérience nous a démontré qu'ils sont à l'abri de tout danger.

Dans le commencement nous nous étions fait une règle de les ouvrir immédiatement après la dessiccation. Aujourd'hui nous ne le faisons qu'exceptionnellement, lorsque le malade se plaint, ce qui est rare. La douleur résultant de la fracture se dissipe au bout de quelques heures et le calme le plus parfait s'établit. Il n'y aurait de nécessité d'ouvrir que pour autant que la couche d'ouate fût trop mince ou inégalement répartie.

Dans le courant de l'hiver dernier, un de mes collègues à l'Université de Gand, M. le professeur L.... se fractura la jambe droite au-dessus des malléoles. Il voulut qu'on appliquât l'appareil ouaté. J'étais absent en ce moment. La couche d'ouate ne fut probablement pas assez épaisse, surtout au pied, car il survint quelques heures après, une douleur et un sentiment de pression analogue à celle produite par une chaussure trop étroite. Je n'hésitai pas un instant d'ouvrir l'appareil en présence de mes confrères, MM. les docteurs De N..... et W..... Eh bien ! contrairement au cas relaté par l'honorable rapporteur, il ne fut constaté aucun gonflement, bien qu'au moment où l'appareil avait été appliqué, l'engorgement fût très-considérable. La résolution était en voie de se produire. La couche d'ouate fut renforcée et l'appareil refermé. La guérison eut lieu sans entraves.

Autre fait : Un de nos anciens élèves, M. le docteur D...., se fit une entorse au pied droit. Également convaincu des avantages de l'appareil ouaté, il se le fit appliquer immédiatement. Mais y ayant eu trop peu d'ouate, il survint de la douleur. La couche fut rendue plus épaisse et tout rentra dans l'ordre. La guérison fut obtenue en moins de neuf jours, sans engorgement, ni raideur.

Nous citons ces faits parce qu'ils ont été observés par des médecins plus en état de rendre compte de leurs sensations. Or, ils prouvent que *même avec l'ouate*, on peut produire de la pression et de la constriction et que contrairement à l'opinion de l'honorable rapporteur, il n'y a pas dans nos appareils, tels que nous les construisons et que nous les avons décrits, de l'ouate de trop. Nous ne cessons de recommander à nos élèves de pécher plutôt par excès que par défaut. Quand la couche d'ouate est très-épaisse, on a la ressource de pouvoir comprimer d'avantage et par conséquent d'augmenter les bons effets de l'appareil, *principalement fondés sur la compression*.

Bien appliqué, l'appareil ouaté n'est pas grossier, comme on

l'a dit, et même ne manque pas d'élégance, nous faisons un appel à ceux qui l'ont vu appliquer dans notre service. Dès qu'il est en place, la douleur et le poids que le malade éprouvait dans son membre, cessent et il peut le lever impunément, preuve que la solidité est instantanée. S'agit-il d'une solidité plus grande, ou le carton est-il mauvais, on ajoute à l'extérieur des planchettes ou tuteurs en bois qu'on dissimule sous la bande roulée. Si la coque se relâche, on la mouille légèrement et on la resserre avec une nouvelle bande. Pour les fractures obliques de la cuisse et celles du col du fémur, on a l'attelle de Desault, si admirablement appropriée à son double but.

Nous revendiquerons maintenant pour l'appareil ouaté tous les avantages attribués par M. Van de Loo aux appareils en plâtre.

1° *La solidité est instantanée*, l'appareil étant solide en dehors de tout ingrédient solidifiable, plâtre ou amidon.

2° *La simplicité*. Pour tout l'appareil, on n'a besoin que d'ouate, de carton et de toile ; l'amidon ne joue qu'un rôle tout à fait accessoire parce qu'il ne sert qu'à égaliser les dolours extérieurement. Ces matériaux sont partout sous la main ; l'ouate de coton peut au besoin être remplacée par des étoupes. Pour l'intérieur on se servira d'étoupes fines, et à l'extérieur d'étoupes grossières, après les avoir bien secouées et battues. Le carton, il est rare qu'on n'en trouve pas ; une vieille boîte, une couverture de livre, peuvent servir ; des planchettes minces sont également bonnes. De la toile, il y en a également partout ; il suffit qu'elle soit forte.

3° *La facilité extrême d'application*. Si un appareil est d'une application facile, c'est bien l'appareil ouaté. Quoi de plus simple en effet, que de jeter autour d'un membre une couche d'ouate, d'y appliquer le carton et de serrer le tout avec une bande ? *Pour cette application on n'a besoin d'aucun aide intelligent.*

4° *Aucun bandage n'est aussi rapidement appliqué*. Dans les fractures, le temps du pansement importe beaucoup, puisqu'il s'agit d'abrèger les tortures du malade. A l'armée et sur les champs de bataille, il importe que le pansement puisse se faire en quelque sorte à la minute. Les coques préparées d'avance remplissent parfaitement ce but. Quant à la confection d'un bandage nouveau, nous mettons M. Van de Loo au défi de confectionner un appareil en plâtre dans le temps que nous mettons à appliquer le nôtre.

5° *Son inamovibilité est telle qu'elle défie les chocs et les coups les plus violents.*

6° *Il remplit immédiatement les conditions de l'extension et de la contre-extension*, le membre ne pouvant bouger ni dans le sens de la longueur, ni dans celui de la direction et de la circonférence.

7° *La contention est exacte, immuable et la compression s'exerce de la manière la plus douce et la plus égale possible.*

Cette dernière condition est extrêmement importante, puisque c'est sur elle que repose l'application immédiate de l'appareil *dans tous les cas.*

Mais nous avons hâte d'en venir aux applications.

V. — *Cas d'application des appareils ouatés.*

Pour apprécier la valeur des appareils ouatés, il faut les voir à l'œuvre. L'occasion d'en entretenir l'Académie est trop belle pour que je ne la saisisse point, et d'ailleurs, lors d'une précédente communication, elle m'a témoigné un intérêt qui m'enthousiasme à faire un nouvel appel à sa bienveillance.

Depuis que nous nous servons des appareils ouatés, nous en avons étendu successivement l'usage et aujourd'hui ils sont pour nous presque toute une *Chirurgie préventive*. A nos yeux, ces appareils réalisent le vœu du chirurgien, puisqu'ils guérissent *tuto, cito, jucunde.*

a. *De l'appareil ouaté dans les phlegmons.*

Les cas d'application des appareils ouatés sont extrêmement nombreux ; nous citerons en première ligne les phlegmons diffus, dans le but de les faire avorter.

On sait combien ces affections sont graves et combien elles sont fréquentes dans le peuple. Des gangrènes étendues, des abcès profonds, des phlébites, souvent l'infection purulente, tels sont les dangers auxquels les malades sont exposés, dangers que ne conjurent ni les cataplasmes aromatiques ou laudanisés, ni les incisions longues et profondes.

Avant l'application d'un appareil ouaté, il était rare que nous parvinssions à faire résoudre un érysipèle phlegmoneux ; aujourd'hui, c'est la règle.

Voici comment nous procédons :

Nous supposons un phlegmon diffus de la jambe. Si l'engorgement inflammatoire est à son début, nous appliquons la coque

ouatée, ayant soin d'exercer une compression dont l'effet immédiat est de soulager le malade. Si l'inflammation est dans sa période de stase ou d'exsudation, nous dégorgeons préalablement le membre par de nombreuses sangsues ou, ce qui est moins coûteux et plus expéditif, par des mouchetures faites avec la lancette, tâchant de tomber dans les veines. L'écoulement du sang est favorisé par le massage avec une éponge trempée dans de l'eau chaude. Lorsque le membre est devenu flasque et presque exsangue, nous appliquons l'appareil ouaté de manière à diminuer l'afflux et favoriser la circulation de retour. La fièvre ou la réaction inflammatoire est combattue par les purgatifs salins ou l'émétique en lavage, rarement les saignées générales.

Institué en temps, ce traitement fait avorter le phlegmon, prévient la gangrène et la suppuration. Si cette dernière existe déjà, le même traitement a lieu (mouchetures et appareil), sauf à inciser ultérieurement les parties décollées.

Si nous ne nous trompons, voilà la pierre de touche de l'appareil ouaté. Qui oserait appliquer dans ce cas l'appareil en plâtre? Nous n'hésitons pas à le dire, personne, pas même son honorable inventeur.

Ce que nous venons de dire des phlegmons, s'applique à toutes les inflammations des membres. Nous citerons ici quelques faits.

*Phlegmons traités par les mouchetures et la compression,
à l'aide de l'appareil ouaté.*

1^o Donat Bastien, de Somergem, vingt-huit ans, célibataire, tisserand, entré le 20 avril 1854. Lit n^o 12. Phlegmon du pied droit.

20. Mouchetures. Compressions à l'aide de l'appareil ouaté.

21. Bain, même pansement.

28. On enlève l'appareil.

29. Sorti guéri.

2^o Eugénie Borguillion, de Calcken, quarante-quatre ans, célibataire, tailleuse, entrée le 1^{er} avril 1854. Lit n^o 7. Phlegmon diffus de la jambe gauche.

2. Mouchetures. Appareil ouaté. Compression.

5. On enlève l'appareil, la résolution se fait.

7. On réapplique l'appareil ouaté.

10. Raideur des mouvements, œdème du pied. Réapplication d'un appareil très-léger.

30. Sortie guérie.

3^o Marie Vlegels, de Gand, seize ans, ouvrière de fabrique, entrée le 20 juin 1854. Lit n^o 6. Phlegmon diffus très-étendu du creux poplité et de la partie interne de la cuisse droite.

20. Mouchetures. Appareil ouaté, depuis les orteils jusqu'au haut de la cuisse.

21. La résolution s'opère. Frictions iodurées.

22. Application d'un appareil définitif. Sortie guérie.

4^o Jean-Baptiste Baeten, de Gand, soixante-deux ans, marchand ambulancier, entré le 5 juin 1854. Lit n^o 11.

Lymphangite étendue de la main droite à la partie supérieure du bras, à la suite de brûlures par le phosphore. Sur la main et le doigt se trouvent plusieurs brûlures au troisième degré. Pansement des brûlures avec le cérat. Ventouses scarifiées sur le bras et l'avant-bras.

5. Frictions mercurielles.

Ouate. Compression.

7. La lymphangite a disparu.

10. Sorti guéri.

5^o Marie Van De Nutte, d'Oosterzeele, quarante-trois ans, laveuse, entrée le 10 juin 1854. Lit n^o 12. Phlegmon diffus du pied et de la jambe droite.

Mouchetures. Appareil ouaté.

11. Une petite collection de pus se fait reconnaître au dos du pied; incision cruciale.

La résolution s'annonce dans la jambe et la plus grande partie du pied.

12. Pansement au cérat. Ouate. Compression.

15. Pansement avec le sparadrap de Vogel. Bande roulée.

30. Sortie guérie.

6^o Jean-Baptiste Van de Nongel, de Laethem-S^{te}-Marie, vingt-et-un ans, ouvrier de fabrique, entré le 27 juin 1854. Lit n^o 47. Contusion du pied.

Phlegmon du pied et de la partie inférieure de la jambe droite, mouchetures, compression.

29. Incision d'un foyer sanguin, réapplication de l'appareil.

Juillet 5. Sparadrap de Vogel sur la plaie. Le malade est en voie de guérison.

7^o Marie Raets, de Gendbrugge, cinquante-six ans, recueuse, entrée le 1^{er} juillet 1854. Lit n^o 12. Phlegmon diffus du

dos de la main, de l'avant-bras, et de la moitié inférieure du bras droit.

2. Mouchetures. Compression à l'aide de l'appareil ouaté.

7. On enlève l'appareil, frictions iodurées, réapplication d'un nouvel appareil.

10. On laisse les frictions, la résolution s'opère, application d'une bande roulée.

19. La malade est en voie de guérison.

b. Des appareils ouatés dans les contusions.

Ce que nous venons de dire des appareils ouatés dans les phlegmons diffus, permet de pressentir ce qu'ils sont dans les contusions. Pour préciser les cas, nous distinguerons les contusions en celles du premier, du deuxième et du troisième degré. Dans les premières, il y a simplement endolorissement et gonflement. Les parties n'étant ni meurtries ni écrasées, la résolution s'opère facilement. Toutefois, la comparaison que nous avons été à même de faire entre les résolutifs, les réfrigérants et l'appareil ouaté, nous fait donner la préférence à ce dernier, comme plus expéditif et d'une application plus commode. Si l'engorgement et l'endolorissement sont considérables, nous faisons précéder une application de sangsues ou de ventouses scarifiées. Rarement la résolution se fait attendre au delà de trois ou quatre jours.

Dans la contusion au deuxième degré, il y a infiltration sanguine, quelquefois des foyers d'épanchement assez considérables. La peau est froide, bleuâtre et quand plus tard l'inflammation survient, elle donne lieu à un érysipèle phlegmoneux qui s'étend à tout le membre. Nous nous rappelons, du temps de feu le professeur Kluyskens, étant alors interne à l'hôpital civil de Gand, un ouvrier brasseur d'une constitution athlétique, sur la jambe duquel un tonneau plein avait roulé. Il n'y avait ni fracture ni écrasement, mais tout le membre était énormément gonflé. Malgré le traitement le plus énergique, l'inflammation phlegmoneuse ne put être prévenue et s'étendit non-seulement à la jambe mais à la cuisse. Il y eut des foyers de suppuration qu'il fallut ouvrir sous peine de voir périr le malade par infection purulente. La fièvre se compliqua de délire nerveux et le traitement fut fort long. Aujourd'hui pareil accident ne serait plus à craindre ainsi que le démontre le fait suivant.

Contusion au deuxième degré de la jambe droite, de l'aîne gauche et du scrotum.

Le nommé Jean Moorloose, quarante-quatre ans, ouvrier charbonnier, a été renversé sous un lourd chariot, heureusement vide. Une des roues a passé obliquement sur la jambe droite, les bourses et l'aîne gauche. Au moment du transport du blessé à l'hôpital, il existe déjà une tuméfaction considérable. Nous constatons à la partie interne de la jambe une fluctuation crépitante, due à un épanchement sanguin. L'aîne est fortement endolorie; quant aux bourses, la contusion s'est bornée à une ecchymose, le testicule ayant roulé sous la roue. Le foyer sanguin, trop considérable pour qu'il pût se recoller, fut incisé et après avoir donné issue au sang épanché, nous appliquâmes la coque ouatée sur tout le membre. La réaction inflammatoire fut abattue par une potion saline (1). Le phlegmon diffus fut conjuré et la plaie résultant de l'ouverture du foyer se cicatrisa rapidement.

Contusion au troisième degré.

Dans la contusion au troisième degré il y a mortification des tissus. Quand ceux-ci sont mous comme le cerveau, ils sont réduits en bouillie; les muscles se laissent écraser, la peau par son élasticité résiste davantage. Souvent la mortification n'est pas appréciable immédiatement; à voir quelques contusions de ce genre on les croirait peu graves; mais un examen plus attentif démontre que les parties profondes sont écrasées et réduites en bouillie. Ceci s'observe surtout dans les accidents par armes à feu, quand le projectile est sur la fin de sa course ou qu'il touche obliquement.

On conçoit que la gravité de la contusion au troisième degré dépend de son étendue et de sa profondeur. Le membre étant généralement dans la stupeur, il y aurait du danger à employer les réfrigérants. C'est dans ces conditions surtout que les appareils ouatés sont d'une utilité inappréciable, comme le prouvent les exemples suivants.

(1) Nous nous trouvons généralement bien de la prescription suivante :

P. Infusion de fleurs de sureau, quatre livres.
Sulfate de magnésie, quatre onces.
Sirop de sureau, deux onces.

A prendre par tasse, d'heure en heure, jusqu'à production de plusieurs selles et d'une abondante diaphorèse. La chaleur morbide se dissipe et le pouls tombe rapidement au-dessous de la moyenne physiologique.

Contusion au troisième degré de la jambe

Le nommé Isidore Sanders, âgé de cinquante-trois ans, débardeur, a été renversé sous la roue d'une vigilante occupée par deux personnes. Il existe à la face interne de la jambe gauche une place blafarde de l'étendue de la paume de la main et tout autour un engorgement inflammatoire considérable. Il y a fièvre avec dérangement des voies gastriques, céphalalgie, etc. Nous commençons par dégorger le membre par les mouchetures et le massage, puis l'appareil ouaté est appliqué jusqu'au-dessus du genou. Le malade prit une potion saline et fut mis à la diète. Grâce à ce traitement, aucun accident inflammatoire ne survint. Au bout de quatre jours, l'appareil fut ouvert. La plaque blafarde constatée de prime abord, s'était convertie en une eschare que nous incisâmes afin de hâter son élimination. Le restant du traitement ne présenta plus rien de particulier.

Contusion au troisième degré du dos de la main.

Le nommé Léonard Vander Elst, âgé de soixante ans, ouvrier charbonnier, a été renversé par un chariot dont une des roues a passé sur le dos de la main gauche. La peau est froide et mortifiée; il existe un épanchement de sang considérable et un engorgement qui s'est étendu à tout l'avant-bras. Il y a en outre une plaie contuse au-dessus de l'œil gauche. De nombreuses mouchetures sont pratiquées à la main et à l'avant-bras; puis, après avoir massé le membre pendant à peu près un quart d'heure, nous appliquons la coque ouatée. La réaction inflammatoire est surveillée avec soin et abattue par une potion saline. Il n'y eut point de phlogose. Au bout de quatre jours, la peau de la main restant décollée et bleuâtre, nous l'incisâmes afin de donner issue au reste du sang épanché. Dans ce moment, la plaie est en pleine voie de réparation et les tendons des extenseurs qui étaient à découvert, se sont couverts de bourgeons charnus. Un appareil emplastique hâtera la cicatrisation.

c. Des appareils ouatés dans les fractures simples.

La question des appareils ouatés dans les fractures simples est chose jugée et nous pourrions nous dispenser d'y revenir. Toutefois, qu'il nous soit permis de produire quelques cas récents.

*Fracture oblique de fémur à la réunion du tiers supérieur
et du tiers moyen.*

Le nommé Charles Depauw, âgé de quinze ans, d'une constitution forte et ramassée, a été renversé par un éboulement. La masse des terres a produit au moment de la chute, une fracture de la cuisse. Le blessé ayant été transporté immédiatement à l'hôpital, je constate un raccourcissement de trois travers de doigt environ. Il existe une rigidité considérable des muscles qui empêche de faire la réduction et force de recourir au chloroforme. Les parties molles qui entourent la fracture sont fortement contusionnées. La réduction faite, la coque ouatée fut appliquée depuis le pied jusqu'aux lombes. J'eus soin de fortifier les attelles de carton par des planchettes en bois et de l'attelle de Desault. *Le pansement ne fut pas ouvert.* Dans la première quinzaine, le malade put se lever et se promener avec des béquilles. Le quarante-cinquième jour l'appareil fut enlevé. Il n'y avait ni raccourcissement ni déformation. Il semblait même que par allongement des muscles il y avait une augmentation de longueur de ce côté, différence qui disparut au bout de quelques jours. Ce résultat fut constaté par mon honorable collègue et ami, M. le professeur Haan, de Louvain, qui crut y voir une fracture sous-trochantérienne, circonstance qui du reste n'aurait pas rendu la contention moins difficile.

Fracture de la rotule par action musculaire.

Le nommé Charles Andries, âgé de vingt-six ans, dans une rixe, eut la rotule fracturée en travers en voulant se retenir dans sa chute. Ce ne fut que le lendemain que le blessé fut transporté à l'hôpital. Il existait déjà un gonflement assez considérable qui permit cependant de reconnaître la fracture, dont les bords étaient inégaux et en queue d'aronde. L'écartement pouvait être évalué à 0,05. Malgré une contusion assez forte, l'appareil ouaté fut appliqué. Cet appareil consista dans une coque d'ensemble prenant depuis le pied jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, avec un huit de chiffre autour du genou, afin de rapprocher les fragments. Vers la quatrième semaine, l'appareil fut ouvert pour la première fois. Les fragments étaient réunis par un tissu fibreux. Comme la consolidation n'était pas encore complète, nous réappliquâmes l'appareil. Le malade

resta encore en traitement pendant trois mois (1), au bout desquels il put sortir. Depuis il est revenu, à la suite d'une nouvelle chute qui a disjoint le cal. Malgré cette circonstance, il n'y aura pas de claudication.

Fractures avec plaies.

Les fractures compliquées de plaies se rapportent à deux catégories : celles qui ne doivent pas suppurer et celles qui doivent suppurer nécessairement.

Les premières sont celles où il n'y a ni contusion ni écrasement, par conséquent ni eschares, ni détritits à éliminer. Ces plaies guérissent par mode plastique, pourvu qu'on les soustraie au contact de l'air et qu'on les immobilise de prime abord. C'est ce que démontre le fait suivant.

Fracture de l'avant-bras avec plaie.

Le nommé Ch. Christiaens, âgé de quarante-trois ans, ouvrier de fabrique, a eu l'avant-bras droit fracturé par un volant. Les deux os sont rompus en travers vers leur partie moyenne. Il existe une plaie le long du bord cubital, plaie allant presque à l'os et laissant sentir les fragments à nu. Le membre est dans la stupeur, froid, et infiltré de sang. L'appareil ouaté est appliqué après que la plaie eut été lavée à grande eau et soumise au massage. Le malade garde le lit et prend une potion saline. Aucune réaction n'eut lieu. Ce ne fut que le trente-deuxième jour que l'appareil fut enlevé. La réunion des os laissait à peine de traces. Quant à la plaie, elle n'avait point suppuré et s'était guérie par mode plastique.

Fractures avec plaies ou délabrements considérables.

Ce sont les fractures par causés directes, avec contusion ou écrasement des parties molles, réduction des parties en eschare, rupture ou déchirure des vaisseaux et des nerfs, comminution des os, etc.

La première question qu'il convient de poser, c'est celle de l'amputation immédiate. Si nous ne craignons d'embarrasser la discussion qui va s'ouvrir, nous la soulèverions en ce moment. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire quelques remarques.

(1) On sait que de toutes les fractures celles de la rotule sont les plus longues à traiter.

Une amputation n'est pas, comme on l'a dit, une honte pour le chirurgien. C'est un sacrifice pénible, mais que nécessite la gravité du cas. Le désir de conserver un membre détermine parfois le chirurgien à ne pas opérer, mais l'expérience démontre combien cet espoir est souvent illusoire. Il en est qui s'effraient d'avance du résultat et qui préfèrent en laisser la responsabilité à l'accident. A ceux-là nous répondrons par la vieille et loyale devise : « *Fais ce que dois : Advienne que pourra.* »

Quant à ceux qui trouvent le chiffre des morts trop élevé, nous leur rappellerons l'opinion du vénérable chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, feu le professeur Roux qui, sur trente-six grandes opérations pratiquées dans l'espace de deux années, s'estima heureux de n'avoir eu que douze morts, chiffre, dit-il, malheureusement trop rare. Il le serait moins, si on n'était retenu par les idées de conservation. La nécessité d'amputer est relative ou absolue. Sur le champ de bataille, c'est une nécessité qui doit se présenter plus souvent que dans les hôpitaux et nous comprenons encore Roux quand, répondant aux statistiques de M. Maligne, statistiques d'après lesquelles l'amputation pour les plaies d'armes à feu réussirait rarement, de manière qu'il y aurait autant si non plus d'avantage à tenter la conservation des membres ; nous comprenons Roux quand il dit : « Je poserais plutôt pour principe, de mon côté, que l'amputation immédiate doit être faite plus souvent peut-être qu'on ne l'a fait ordinairement, et je n'adresserai point de reproche aux chirurgiens militaires de sacrifier trop souvent, sur les champs de bataille, des parties dont il eût été possible, à la rigueur, de tenter la conservation. Dans tous les cas, je crains moins l'excès dans un sens que dans l'autre. » (Discussion à l'Académie de médecine de Paris, 1848.)

La nécessité d'amputer dans les affections organiques deviendra de jour en jour plus rare, grâce aux appareils immobilisateurs. C'est là la véritable, la seule chirurgie conservatrice.

Nous revenons au traitement des membres qu'on peut légitimement espérer de conserver.

Après avoir simplifié la plaie autant que possible, il faut songer au pansement. Il est évident que le plus avantageux est celui qui réunit à une compression douce et égale, l'exclusion de l'air et une immobilité absolue. Ce sont ces qualités qui nous font encore donner la préférence aux appareils ouatés. Le membre est donc enveloppé d'une couche d'ouate sur laquelle on superpose des attelles en carton ou en bois léger si l'on a à

craindre une suppuration abondante, et on soutient le tout avec une bande roulée, méthodiquement serrée. Les choses restent dans cet état pendant trois ou quatre jours. Que si dans l'intervalle il se déclare de la chaleur et de la douleur, on se hâte d'ouvrir l'appareil et on s'assure de la cause de l'irritation. S'il y a de l'engorgement, on dégorge par des mouchetures ou des sangsues et le massage. Le membre appuyé sur un coussin, est soutenu par l'attelle postérieure et une des latérales laissées en place. Cela fait, on referme l'appareil.

On voit que nous ne sommes pas partisan des fenêtres. En cela nous suivons l'exemple de M. le docteur Sommé, d'Anvers.

Comme l'honorable rapporteur a passé sous silence les travaux de ce praticien distingué, nous allons remplir cette lacune, croyant nous conformer ainsi à sa devise : *Suum cuique*.

Appareils Sommé.

Pour construire ses appareils, M. Sommé se sert d'attelles en carton, directement appliquées sur le membre et maintenues par une bande roulée. Après la dessiccation, le malade peut se retourner dans son lit, se promener avec des béquilles, entreprendre un voyage par eau ou en voiture, le carton desséché après avoir été mouillé, étant aussi dur et aussi consistant que du bois. Ce sont là, si nous ne nous trompons, les avantages de la déambulation, dont le chirurgien Anversoïse n'a pas cependant exagéré la portée. « L'expression de marcher, dit-il, n'est pas exacte : le blessé ne met pas le pied à terre, ses béquilles le tiennent suspendu. Il est plus prudent d'attendre que le gonflement se dissipe et que le bandage soit resserré. Le séjour au lit ou sur un canapé n'est pas très-pénible, puisqu'on peut se retourner de tous les côtés. »

Nous abondons dans le sens de M. Sommé. Une fracture survenue chez un individu bien constitué, ne compromet pas tellement sa santé que quelques jours de séjour au lit lui soient nuisibles.

Si la bande se relâche, M. Sommé en applique une autre sans rien déranger à l'appareil. Enfin lorsque la fracture est compliquée de plaie, il se sert du même bandage. Pour faire le pansement, il déroule la bande, détache la valve du côté de la plaie, l'autre étant laissée en place, ce qui suffit pour maintenir les os en contact dans leur position, sans qu'il y ait des dérangements à craindre.

« Autrefois, dit M. Sommé, nous faisons une ouverture au carton, de la grandeur de la plaie, pour panser sans déranger les valves. Depuis longtemps nous avons renoncé à ce procédé. La plaie devenait boursouflée, fongueuse et se cicatrisait très-difficilement. Nous préférons la couvrir d'une compresse et mettre par-dessus du taffetas ciré, puis on replace le carton. La plaie est comprimée comme tout le reste et la cicatrisation s'opère mieux. On panse rarement; l'expérience a fait voir qu'une plaie soustraite au contact de l'air, suppure peu et même quelquefois ne laisse suinter qu'une sérosité sanguinolente. Par ce procédé, nous avons guéri des fractures fort compliquées, pour lesquelles on aurait peut-être proposé l'amputation. Nous n'attendons pas pour appliquer notre bandage que les accidents inflammatoires surviennent, l'immobilité étant le meilleur moyen de les prévenir » (1). (Mémoire sur la méthode employée à l'hôpital civil d'Anvers pour le pansement des fractures, par le docteur Sommé. Dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*).

Le passage que nous venons de citer, renferme une question importante, celle des *pansements rares*; on nous permettra de nous y arrêter un instant. (Nous demandons pardon à l'Académie de l'occuper si longtemps, mais le rapport a laissé tant de points de côté, que nous sommes bien obligé de les reprendre. La question des appareils inamovibles ou amovo-inamovibles n'est rien par elle-même si on ne la rattache aux cas qui nécessitent leur emploi.)

VI. — *Des pansements rares.*

Le principe des pansements rares est plus ancien que la science : c'est celui de tous les peuples primitifs. C'est en quelque sorte un fait d'instinct. A Gand, dans toutes les fabriques, il y a un baume que les ouvriers emploient pour les blessures. Ce baume est connu sous le nom de *Baume de Riga*, du nom de la ville d'où il est importé. C'est une résine ou térébenthine liquide, agissant à l'instar d'un vernis, mettant la plaie à l'abri du contact de l'air et l'empêchant de suppurier. Ce moyen réussit quand la plaie n'est pas trop contusée.

Afin de fixer la question des pansements rares, nous devons dis-

(1) Le mode de déligation de M. Sommé est antérieur à 1830. Les premiers essais de la méthode amovo-inamovible remontent à 1854 (voir le *Génie de la Chirurgie*).

tinguer les plaies en *celles qui ne doivent pas suppurer et celles qui suppurent nécessairement, inévitablement*. Les premières guérissent par mode plastique ; les secondes doivent parcourir diverses périodes que nous désignerons sous les noms de périodes d'*engorgement*, de *dégorgement*, de *réparation* et de *cicatrisation*.

Première période. La plaie se tuméfié et s'endolorit. Cette tuméfaction est le résultat de la cause qui a produit la solution de continuité ou de l'irritation produite par des causes accessoires, l'air, les corps étrangers, les pansements vicieux, les écarts de régime, etc.

Deuxième période. Le dégorgement a lieu par une abondante exsudation de sérosité, sanguinolente d'abord, purulente ensuite et mêlée de détritüs des parties gangrénées ou contusées. C'est l'*ichor* si dangereux pour les plaies.

Troisième période. Des bourgeons charnus s'élèvent de toute la surface de la plaie et remplissent les vides ou les pertes de substance. Le pus est de bonne nature, de moins en moins abondant et de plus en plus lié.

Quatrième période. La lymphe plastique s'épanche à la surface de la plaie et le tissu cicatriciel s'organise.

Telles sont les périodes que doivent parcourir les plaies qui suppurent. Les plaies qui ne suppurent point, commencent par où finissent celles qui ont suppuré. Or, quelles sont ces dernières ? Ce sont celles où il y a écrasement ou contusion au deuxième ou au troisième degré ; celles qu'on laisse exposées au contact de l'air ou qui sont soumises à des pansements vicieux ; celles où il y a des corps étrangers, des séquestres, etc. Les premières suppurent *nécessairement*, car il s'agit d'un dégorgement à opérer, d'eschares ou de détritüs à éliminer. Les secondes ne suppurent qu'*accidentellement*.

Cette distinction des plaies en celles qui *suppurent nécessairement* et celles qui suppurent *accidentellement*, est extrêmement importante pour la pratique. De ces dernières, il dépendra du chirurgien qu'elles suppurent ou ne suppurent point. Pour cela, il n'a qu'à les exposer au contact de l'air ou à les y soustraire ; à les soumettre à des pansements vicieux ou méthodiques, fréquents ou rares ; à les déranger sans cesse ou à les immobiliser, etc.

Les indications des plaies se tirent donc de leur état, des causes qui les ont produites, de leurs complications, etc. Il y a

ici des soins généraux et des soins particuliers. Les premiers s'appliquent à toute espèce de plaie et consistent à écarter les causes d'irritation soit immédiates, soit médiales ou consécutives, à arrêter l'hémorragie, à extraire les corps étrangers, etc.

Dans les plaies qui ne doivent point suppurer, l'indication est d'exclure l'air et d'immobiliser. Nous avons vu de quelle utilité est sous ce rapport l'appareil ouaté. Le fait que nous avons cité, et auquel nous aurions pu ajouter un grand nombre d'autres démontre que les fractures avec plaies simples doivent être pansées, abstraction faite de ces plaies, qui seront comme non avenues et guériront par mode plastique.

Dans les plaies qui doivent suppurer, les indications sont multiples. Les soins consisteront :

1° A débrider ou à égaliser les parties déchirées ou contuses, afin de prévenir l'étranglement ;

2° A enlever les corps étrangers ou les esquilles ;

3° A extraire les caillots et à faire les ligatures nécessaires ;

4° A couper les nerfs incomplètement divisés ;

5° A faire des contre-ouvertures dans les points déclives et à introduire des mèches ;

6° A dégorger par les scarifications, les sangsues, le massage ;

7° A empêcher l'engorgement par la compression méthodique ;

8° A réséquer ;

9° A amputer.

Nous allons brièvement passer ces indications en revue ainsi que les moyens de les remplir.

1° *Débridement*. — Les anciens chirurgiens avaient donné, peut-être d'une manière trop absolue, le précepte de débrider ; mais peut-être aussi est-on tombé depuis dans un excès contraire. Deux doctrines sont encore en présence : celle du débridement préventif et celle du débridement consécutif ; c'est-à-dire, que les uns veulent qu'on débride dans tous les cas, afin de prévenir l'étranglement, et que les autres ne se décident à inciser que lorsqu'il y a menace d'inflammation ou même quand celle-ci existe déjà. Or, dans toute plaie contuse avec arrachement ou réduction des parties en eschare, c'est cette inflammation qu'il faut prévenir à tout prix et il n'existe pas de moyen plus efficace que l'incision. Voyez les plaies de tête. Non-seulement l'incision

met à l'abri de l'étranglement, mais elle dégorge directement la partie. Si nous avons à faire comprendre les merveilleux effets du débridement, nous le ferions voir dans l'anthrax. Quand la tumeur a été convenablement débridée, il n'est plus nécessaire d'appliquer des émollients ; la plaie se dégorge et entre presque immédiatement dans sa période de réparation. Un confrère opposé au débridement, me fit voir un anthrax du cou qui, non-obstant l'incision, avait continué à faire des progrès. Je lui administrai la preuve que la tumeur n'avait pas été débridée et que sa base était encore entière. Nous avons l'habitude d'inciser d'abord la tumeur crucialement, puis au moyen du bistouri boutonné conduit sur le doigt indicateur de la main gauche, nous opérons des débridements profonds, ne nous arrêtant que lorsque les lambeaux sont parfaitement libres. Nous laissons saigner abondamment, puis nous exerçons une compression méthodique. Ce traitement réussit dans tous les cas.

Les chirurgiens militaires savent combien les débridements sont utiles dans les places d'armes à feu, quand ils sont complets. Je dis quand ils sont complets, car souvent on se contente d'inciser, sans débrider.

Les règles du débridement sont les mêmes partout : il faut que les parties résistantes, telles que les plans fibreux, aponévrotiques soient divisés crucialement ou du moins en travers ; il faut que les plaies trop étroites ou anfractueuses, dans lesquelles les parties molles pourraient s'étrangler ou d'où les liquides ichoreux pourraient difficilement s'échapper, soient agrandies. Ces débridements facilitent du reste l'extraction des corps étrangers. L'expérience démontre qu'une plaie libre et large guérit plus facilement qu'une plaie resserrée et anfractueuse.

2^o Enlever les corps étrangers et les esquilles. Dans les fractures comminutives, sans plaies, l'os peut être broyé ou réduit en un nombre infini d'esquilles, et il guérira sans difformité, pourvu qu'on favorise le travail de la nature par un pansement méthodique. Dans les fractures comminutives avec plaies pénétrantes dans le foyer de la fracture, il n'en est pas de même. Le succès dépend de la manière dont tous les éclats ou esquilles détachées auront été enlevées.

3^o Extraire les caillots et faire les ligatures nécessaires. Le sang épanché dans un foyer de contusion n'est pas dans les conditions à pouvoir être absorbé ; il faut donc l'enlever. Quant aux ligatures, il ne faut pas se borner aux artères ouvertes, mais

à celles qui étant comprises dans des eschares, donneront nécessairement lieu à des hémorragies consécutives.

4° Couper les nerfs incomplètement divisés. Ce soin doit être principalement pris pour prévenir le tétanos qui une fois développé, présente, comme on sait, si peu de ressources à l'art. Dans un cas de ce genre nous avons eu la douleur de perdre un blessé, quand déjà nous avions pu concevoir l'espoir légitime de le sauver. L'autopsie démontra que le nerf crural avait été incomplètement divisé.

5° Faire des contre-ouvertures aux parties déclives et introduire des mèches. Ce soin a pour but de prévenir la stagnation du pus ichoreux et l'infection purulente. Il faut que les contre-ouvertures soient larges, de l'étendue du fond de la plaie, afin que le pus puisse s'écouler librement. Ici encore, comme dans les débridements, il ne faut pas reculer devant les incisions étendues. Nous citerons un fait tout récent. Un individu nous a été envoyé du quartier de médecine avec un vaste abcès du genou. Le pus est abondant et fétide et les selles qui répandent la même odeur, indiquent son absorption. Quoique le malade soit très-affaibli et porte dans les poumons de vastes cavernes, nous pratiquons de longues incisions, l'une au côté interne, l'autre au côté externe du genou et y passons des mèches. L'absorption a cessé aussitôt et les plaies ont pris un aspect vermeil.

6° 7° Dégorger. — Empêcher l'inflammation. Ici se présente une question importante. Vous voudrez bien permettre que je m'y arrête un instant. Je veux parler des applications froides et émollientes.

Comme le satyre de la fable, la chirurgie en est souvent à chercher les mêmes effets par des moyens différents. Là où les uns emploient l'eau froide ou la glace, les autres préconisent l'eau tiède ou les émollients. Dans un précédent travail, nous nous sommes expliqué à ce sujet. Nous avons fait voir que le père de la médecine considérait le froid comme mordant pour les plaies, durcissant la peau, excitant les frissons, les convulsions, le tétanos; qu'Ambroise Paré, également convaincu de ces graves inconvénients, se servait pour les plaies d'armes à feu d'eau dégoûdée. Parmi les chirurgiens modernes, nous avons cité Sanson qui a fait remarquer avec raison, que l'eau tiède jouit de la propriété émolliente au plus haut degré, qu'appliquée aux tissus sains, elle est promptement absorbée par eux, qu'elle les gonfle et les amollit sans y appeler le sang, de sorte qu'ils restent pâles et

décolorés. Enfin nous avons rappelé le système d'immersion de Ch. Mayor et les fomentations ou humectations de M. Amussat. Qu'est-on en droit d'attendre du froid ? Que peut-on espérer des émollients ? Ce sont là des points à éclaircir, afin de ne pas tomber dans des erreurs auxquelles donne lieu tout usage exclusif ou non raisonné d'un remède.

Le froid stupéfie ; c'est à la fois un anesthésique et un hyposthénisant. Sous ce dernier rapport il peut déterminer la gangrène. Nous croyons qu'il n'est pas inopportun de rappeler ici les paroles de feu le professeur Roux. « Je dirai tout d'abord, quant aux applications de la glace, que je ne crois pas qu'elle puisse avoir de grands avantages ; nonobstant ce qu'on pourrait dire, je ne dis pas ce qui a été dit. Je ne m'en servirai, par exemple, jamais pour les fractures comminutives avec grands désordres, dans l'espérance de sauver un membre qu'il sera moins dangereux et plus utile d'emporter. Quant aux plaies des parties molles, je n'admets les applications froides que comme moyen de modérer l'inflammation, sans avantages plus marqués que par nos autres moyens thérapeutiques. On ne pourra jamais faire qu'une plaie par arme à feu, ne donne pas lieu à l'inflammation et, s'il était possible d'arriver à ce résultat, il faudrait bien se garder de le chercher, car l'inflammation est un moyen de guérison dont se sert la nature. S'il est vrai d'ailleurs, que toute plaie d'arme à feu soit toujours accompagnée d'un certain degré d'atonie, effet de l'ébranlement et de la commotion, que ne doit-on pas craindre de l'application de la glace ? (Académie de médecine de Paris. Discussion de 1848.)

Voilà pour les applications froides. Nous dirons que nous ne les employons jamais dans les plaies de fabriques qui ont avec celles par arme à feu les analogies les plus manifestes. Nous préférons les émollients, pour les motifs énoncés plus haut, quand les parties sont susceptibles de recevoir facilement ce mode de traitement. Ainsi, nous nous en trouvons généralement bien dans les plaies par arrachement aux mains, à l'avant-bras ; nous administrons des bains tièdes prolongés, et dans l'intervalle nous nous contentons d'appliquer de la charpie molle afin d'absorber l'ichor. Mais dans les fractures des membres avec grands délabrements, ce moyen n'est pas possible. Dans ces cas, nous recourons à la compression avec l'appareil ouaté.

Nous avons cité plus haut des faits qui prouvent que cette compression est supportée et aide promptement au dégorge-

ment. Nous avons indiqué les soins subsidiaires pour simplifier autant que possible la lésion et prévenir les accidents soit nerveux, soit inflammatoires. Il n'est pas nécessaire, pensons-nous, d'y revenir.

8° *Réséquer*. Les anciens qui ont été si hardis dans les résections, n'ont guère appliqué ces opérations qu'à des cas chroniques, principalement les caries. Leurs armes de guerre excluaient les grands délabrements produits par les projectiles mus par la poudre. On s'est trop fondé peut-être sur les appareils immobilisateurs pour échapper à la nécessité de réséquer. Il est certain que dans beaucoup de cas c'est la seule chance de guérison. Nous supposons une plaie par écrasement d'une articulation, le coude, par exemple, ou le genou ; à quoi servirait-il d'appliquer un appareil même amovo-inamovible avant d'avoir déblayé le terrain ? L'arthrite traumatique et avec elle tous les dangers de l'infection purulente ne doivent-ils pas survenir ? Dans les résections comme dans les débridements, comme dans l'extraction des corps étrangers, il faut inciser largement, non-seulement afin de faciliter l'opération, mais afin de ménager l'issue des fluides ichoreux. La résection faite, on se contentera de maintenir le membre dans la position la plus favorable à l'écoulement du pus et on pansera aussi souvent que le cas l'exige. Dans ces cas encore, mieux vaut ouvrir l'appareil que d'y pratiquer des fenêtres. On ne saurait nier que la résection ne soit une ressource immense, puisque tout en conservant le membre, elle expose le malade à moins de dangers soit immédiats soit consécutifs, que l'amputation.

9° *Amputer*. La nécessité d'amputer existe quand les nerfs et les vaisseaux principaux sont atteints, les os broyés, une grande articulation ouverte, etc.

Tels sont les soins à prendre dans les blessures avec grands délabrements. Ne pas faire les opérations que nous venons de mentionner, c'est imiter l'autruche qui, aux approches du danger, met la tête dans un fourré. Évidemment ces dangers doivent naître si on n'a rien fait pour les prévenir. L'appareil inamovible dont on voudrait recouvrir la plaie, c'est le fourré ; mais il n'empêchera pas l'inflammation de venir à son heure et l'absorption de l'ichor putride d'avoir lieu. En vain ferait-on après ce qu'il aurait fallu faire avant ; le mal est sans remède. *Principis obsta* ; c'est pourquoi il faut faire ce que nous avons dit. Le pansement ou l'application du bandage n'est que subsi-

diaire. Tant que la plaie ne sera pas entrée en voie de réparation, n'importe l'appareil. Ce qui importe, c'est que l'étranglement ne puisse se produire, que les corps étrangers aient été extraits, que l'ichor ne puisse être absorbé, etc.

Nous voilà bien près de la solution de la question posée en tête de ce paragraphe, celle des *pansements rares*. Il est évident que cette question ne saurait être résolue d'une manière absolue. Nous dirons : ayez égard à la nature des plaies et à la période dans laquelle elles sont entrées. S'agit-il d'une plaie simple, guérissant par mode plastique ? pansez rarement et même, comme nous en avons cité un exemple, faites *un pansement inamovible*. Avez-vous affaire à une plaie compliquée ? commencez par enlever toutes les complications qui sont en votre pouvoir ; simplifiez autant que possible la lésion, puis empêchez l'engorgement *par la compression méthodique*. Quand la période de dégorgement sera arrivée, favorisez-la ; donnez un libre cours aux liquides ichoreux, car ce n'est pas tant le contact de l'air qu'il faut craindre que la stagnation et la décomposition du pus. *Pansez donc fréquemment* et surtout surveillez tout le membre, afin que nulle part il ne se forme des clapiers. Que ceux-ci soient incisés aussitôt, car c'est d'eux que viennent les dangers de l'infection purulente. Quand la plaie est entrée dans sa période de réparation, les pansements doivent de nouveau être rares ; c'est le moment de recourir aux appareils emplastiques. Il nous reste à vous entretenir de ces derniers ; mais avant, il convient d'appuyer les préceptes que nous venons de poser par quelques exemples.

Fracture compliquée d'ostéite.

Le nommé Vanhoorde, âgé de vingt-sept ans, garçon chapelier, se fractura l'avant-bras droit, en tombant. La fracture qui portait à la fois sur les deux os, vers l'union des tiers moyen et inférieur, n'offrait aucune complication. Elle fut pansée en ville par l'ancienne méthode, et ce ne fut que quarante-huit heures après que le blessé fut amené à l'hôpital. Des douleurs vives s'étaient déclarées dans le membre ; la main qui avait été laissée au dehors, était tuméfiée, froide et presque insensible. Je me hâtai d'enlever les attelles qui pressaient douloureusement sur la fracture. Il y avait à la partie postérieure de l'avant-bras une large phlyctène qui, à son ouverture, laissa voir la peau mortifiée dans

l'étendue d'une pièce de cinq francs. Je pratiquai de nombreuses mouchetures tant à la main qu'à l'avant-bras et après avoir dégorgé complètement le membre, j'appliquai un appareil ouaté. Au bout de quatre jours l'appareil fut ouvert ; l'engorgement avait disparu ; la circulation de retour était devenue libre et l'eschare commençait à se détacher. Les choses se passèrent bien jusqu'au dixième jour, où il se déclara un abcès dans le foyer de la fracture. Deux sétons furent passés, l'un en avant, l'autre en arrière des os de l'avant-bras, par des incisions suffisamment larges pour permettre au pus de s'écouler librement. Les pansements furent faits deux fois par jour, le membre étant soutenu sur une palmette. La guérison ne fut obtenue qu'au bout de trois mois à cause de l'exfoliation des fragments.

Les abcès qui ont lieu dans le foyer des fractures, sont extrêmement dangereux à cause de l'infection purulente. Dans un cas analogue au précédent, nous avons eu à déplorer la perte d'un individu et l'autopsie a fait voir de nombreux abcès métastatiques dans le foie et les poumons. Les veines ne présentant nulle part de traces d'inflammation, il n'est pas douteux que c'est par les canaux médullaires que l'introduction de l'ichor purulent a eu lieu. Or, c'est là le danger de toute fracture qui suppure ; on ne saurait donc donner assez de facilité à l'écoulement des liquides. Les sétons ou mèches dont on traverse le foyer, servent à faire des injections détersives et chlorurées ; ils ont encore pour effet de mettre les parties molles à l'abri des fragments. On peut même s'en servir pour maintenir ces derniers en rapport. On pourrait craindre que ces corps étrangers ne produisent de l'irritation ; l'expérience démontre le contraire. Voyez les sétons ordinaires : le bourgeonnement se fait très-activement et on a beaucoup de peine à les tenir ouverts. De même dans les fractures non consolidées, on obtient de bons résultats d'un séton passé à travers le cal.

Fracture de la cuisse. — Ostéite.

Le nommé Vandenhende, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, se fractura la cuisse dans une chute. La fracture qui existait au tiers inférieur, était oblique et accompagnée d'une grande rigidité musculaire. Le blessé n'ayant été transporté à l'hôpital que trente-six heures après l'accident, il y avait déjà un gonflement inflammatoire considérable. Nous dûmes nous servir du chloroforme pour opérer la réduction.

L'appareil ouaté renforcé par l'attelle de Desault, fut appliqué et maintenu en place pendant trente jours. Au bout de ce temps, l'attelle fut retirée et le malade put se promener dans les salles et à l'air, à l'aide des béquilles. Soit imprudence, soit malheur, il tomba avec le membre fracturé contre le bord du lit, circonstance qu'il nous cacha jusqu'au moment où les douleurs le forcèrent à le déclarer. On était alors à la sixième semaine du traitement. L'examen du membre fit voir qu'il était tuméfié et endolori; la fièvre d'accès qui se déclara, annonça la formation d'un foyer de suppuration. Je fis immédiatement appliquer un caustique oblong afin de borner l'inflammation. Le malade garda le lit dans l'immobilité la plus absolue. Quand la fluctuation fut devenue patente, je passai de haut en bas un séton à travers de larges incisions. Grâce à cette précaution, la maladie suivit son cours normal, c'est-à-dire qu'une exfoliation eut lieu, après quoi, les plaies se cicatrisèrent. La guérison a été obtenue avec une très-légère déformation. J'ai revu le malade depuis et la claudication est à peine sensible.

Voilà deux accidents, un immédiat, dû à un appareil ancien; l'autre consécutif, dû à une cause tout à fait fortuite dont il serait sans doute injuste de rendre l'appareil ouaté responsable. Dans tous les cas, ce dernier fait prouve combien les fractures doivent être surveillées, quand les malades commencent à marcher. Ce qu'on a surtout à craindre, ce sont les déformations consécutives qui compromettent le résultat d'un traitement cependant irréprochable. Dupuytren observe que ce n'est qu'au bout d'un an que la consolidation d'une fracture est complète. On conçoit qu'il est impossible de retenir les blessés pendant tout ce temps à l'hôpital. Nous devons déclarer que nous avons peu d'accidents consécutifs, ce que nous attribuons à la rapidité avec laquelle la formation du cal a lieu dans la coque ouatée. Nous avons assimilé cet effet à celui de l'incubation. Qu'est-ce que cette dernière? C'est la formation des tissus, c'est-à-dire la conversion des liquides en solides. L'incubation est naturelle ou artificielle, elle a lieu dans le sein de la mère ou au-dehors, pourvu que du côté de l'œuf les conditions vitales, et du côté du milieu ambiant les conditions physiques existent. N'est-ce pas ce qui a lieu dans une fracture? Ne sont-ce pas également des liquides albuminiformes ou plastiques à concentrer, une coque à former, un tissu osseux nouveau à constituer? Et tout cela n'exige-t-il pas une vitalité suffisante de la part de l'os et des

tissus environnants, la chaleur, etc ? Aussi voyez combien le froid est contraire à la formation du cal. Nous faisons particulièrement cette remarque à l'adresse de ceux qui traitent les fractures par l'eau froide. — Nous revenons aux pansements emplastiques.

Appareils emplastiques:

On nomme *Appareils emplastiques*, des pansements faits au moyen du sparadrap ou d'emplâtres agglutinatifs, dans le but de favoriser la réparation ou la cicatrisation des plaies ou des ulcères. Ces pansements ont principalement pour but l'occlusion et l'immobilité, combinées de telle sorte que le pus ne soit pas retenu.

Nous pensons avoir réalisé ces conditions par le mode de pansement que nous avons introduit dans notre service. Cet appareil que nous avons décrit (1), consiste : 1^o dans un syphon ou mèche en toile plongeant par un de ses bouts dans la plaie afin d'aspirer le pus en vertu de la capillarité; 2^o dans des attelles en sparadrap ou diachylon, pour soutenir la partie; 3^o dans des emplâtres agglutinatifs entourant la partie d'une manière oblique. L'extrémité libre de la mèche dépasse cette espèce de coque et est placée dans un gâteau de charpie qui est renouvelée journellement ainsi que les compresses et la bande extérieure. L'appareil emplastique peut rester en place, en été pendant sept ou huit jours, en hiver davantage. Il a pour effet de hâter le bourgeonnement et la cicatrisation des plaies. Ainsi que nous en avons fait la remarque, on ne doit l'appliquer que lorsque le dégorgeement est opéré. Dans les ulcères, il faut également attendre que la période de réparation soit arrivée. Jusque-là, il retient le pus ichoreux et peut donner lieu aux accidents les plus graves.

Voilà en peu de mots notre appareil emplastique. L'honorable rapporteur s'est livré à quelques critiques à son sujet et a été jusqu'à nous accuser de plagiat. Il nous sera facile de faire voir combien ce reproche a été jeté à la légère.

Parmi les méthodes emplastiques, l'honorable rapporteur a cité celles de Baynton, de Syme, de De Lavacherie et enfin de M. Chassaignac. Il aurait dû dire en quoi ces méthodes consistent, se rapprochent ou diffèrent de la nôtre.

(1) *Chirurgie simplifiée. Nouveau système de pansements inamovibles.* Bruxelles, 1854.

Nous sommes encore forcé de remplir cette lacune de son rapport, du reste assez long pour comprendre la question dans son ensemble et vous fournir ainsi les éléments d'un jugement motivé.

Procédé de Baynton. Ce procédé consiste à entourer le membre de bandelettes agglutinatives venant se croiser au-devant de l'ulcère atonique auquel ce mode de pansement a été principalement affecté.

Procédé de Syme et de De Lavacherie. Ces auteurs avaient principalement en vue la compression circulaire par des bandelettes agglutinatives superposées en plusieurs couches. L'important était de faire supporter cette compression aux malades. Ils l'ont surtout appliqué à la résolution des tumeurs blanches, nous en avons vu des exemples remarquables dans le service de M. le professeur Michaux, à Louvain.

Procédé de M. Chassaignac. M. Chassaignac a en vue l'occlusion des plaies. Son système consiste à appliquer d'abord une couche de bandelettes longitudinales, puis une couche de bandelettes obliques, de manière à former une espèce de cuirasse ou de cloche.

Dans ces divers systèmes, le pus ne peut se dégager d'au-dessous de l'appareil avec assez de facilité, puisqu'il doit filtrer entre les bandelettes qu'il mouille et décolle. C'est pour ce motif que nous avons recours au syphon. Nous dirons que depuis plus de six ans que cet appareil a été introduit dans notre service, il nous a été de la plus grande utilité dans les mutilations des doigts qu'il nous eût été impossible de conserver sans cela.

L'honorable rapporteur nous apprend que M. Chassaignac applique son système d'occlusion à toutes les périodes des plaies, contuses ou non. Si cela est, (ce dont nous doutons) nous pensons qu'il doit avoir souvent des symptômes d'absorption, *due au pus renfermé.*

L'honorable rapporteur semble insinuer que nous n'avons pas connu les travaux des auteurs qui nous ont précédé dans la méthode emplastique. La méthode de Baynton, ce n'est pas aux chirurgiens Gantois qu'il faut apprendre à la connaître, puisque c'est de l'hôpital civil de Gand qu'est venue la première impulsion. Feu le professeur Kluyskens appliquait cet appareil avant qu'on en soupçonnât l'existence dans les autres parties du pays.

Quant aux travaux de feu De Lavacherie, de si regrettable mémoire, l'honorable rapporteur oublie ou ignore peut-être que c'est devant la Société de médecine de Gand, la digne émule de l'Académie et son aînée, que les idées du professeur liégeois se sont produites pour la première fois et que je n'ai pas été étranger à leur divulgation.

Quoi qu'il en soit, nous persistons à ne voir aucune analogie entre ces appareils et le nôtre.

VIII. — *Conclusions.*

Nous arrivons au bout de notre tâche qui a été de faire voir les applications de l'appareil ouaté dans les accidents inflammatoires et traumatiques. Avons-nous fait pénétrer la conviction dans vos esprits? C'est ce que la discussion qui va s'ouvrir démontrera. Au risque de paraître long, nous n'avons pas pu isoler les appareils inamovibles de leurs cas d'application. Nous avons démontré :

1^o Que de tous les appareils inamovibles, ce sont les appareils ouatés qui présentent le plus de sécurité ;

2^o Que ces appareils conviennent dans les phlegmons diffus aussi bien que dans les autres accidents tant inflammatoires que traumatiques ;

3^o Que la compression méthodique s'exerce avec cet appareil de manière à être supportée par les malades, même dans les engorgements les plus considérables, pourvu que toutes les conditions aient été remplies ;

4^o Qu'avec les pansements ouatés on peut se passer d'eau froide et d'émollients ;

5^o Que le principe des pansements rares ne saurait être entendu d'une manière absolue et qu'il est subordonné à l'état des plaies et à la période dans laquelle elles sont entrées ;

6^o Que les pansements emplastiques constituent le complément du traitement des plaies et ne peuvent être employés que dans la période de réparation et de cicatrisation.

Je finis en remerciant l'honorable rapporteur de l'occasion qu'il m'a fournie de revenir sur un sujet pour lequel je pouvais craindre que la satiété ne fût venue. Je le remercie surtout de ses critiques, car en laissant les appareils ouatés debout, elles ont fait voir ce que ces appareils ont à attendre du temps et de l'examen calme des faits. Alors il n'y aura plus de ces réclamations, de ces critiques vives et directes qui vont jusqu'à contester

et les appréciations de l'écrivain et même l'interprétation des faits. L'honorable rapporteur dit qu'il a renoncé à cette partie de la discussion parce qu'il n'a pas l'habitude d'aborder le côté personnel des questions scientifiques. Je l'en félicite, car les personnalités tournent contre ceux qui les emploient.

Quant aux explications réclamées par d'honorables susceptibilités, je pense les avoir fournies non au point de vue d'une mesquine personnalité, mais dans l'intérêt de la science et de l'humanité. Je rappellerai à cette occasion à l'honorable rapporteur que tous mes écrits ont été inspirés par le sentiment le plus pur de nationalité et que depuis les *Études sur Vésale*, j'ai constamment marché dans cette voie. L'honorable rapporteur m'a mis en scène de manière à faire presque oublier le nom du docteur Mathijssen : ce n'est pas adroit à lui, le volage amant de l'appareil plâtré. Quant à moi je puis dire :

. . . que je n'ai mérité
Ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

— M. FALLOT : Messieurs, la partie critique est la partie la plus étendue du travail que vous venez d'entendre ; je crois qu'il serait convenable d'autoriser M. Didot ou tout autre membre à répondre immédiatement.

— M. DIDOT : La communication de M. Burggraeve est digne, sous tous les rapports, d'une réponse, et je compte bien la faire ; mais je commence par repousser tout ce qu'il y a de personnel pour moi dans le travail dont nous venons d'entendre la lecture. Quant à moi, je ne me suis livré à aucune personnalité ; j'ai discuté des questions de priorité, je devais le faire ; j'ai discuté certains faits, je devais encore le faire ; mais dans tout ce que j'ai dit, il n'y avait rien de désobligeant pour M. Burggraeve.

— M. SEUTIN : Je partage entièrement l'avis de M. Fallot : il ne faut pas qu'on puisse, par un escamotage (pardonnez-moi le mot), faire insérer au *Bulletin* des mémoires dont l'Académie n'a pas ordonné l'impression. Pour mon compte, je combattrai le bandage ouaté de toutes mes forces, car il a fait infiniment de mal : c'est un véritable malheur pour la chirurgie belge. Je pense, Messieurs, qu'il faut renvoyer le travail de M. Burggraeve à une Commission ou à M. le rapporteur qui a été particulièrement attaqué, et qu'il ne faut ordonner l'impression de ce Mémoire que quand il aura été jugé par l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT : D'après les précédents de l'Académie,

tout ce qui a été lu ou dit en séance publique, doit être inséré au *Bulletin* ; ce n'est que pour l'impression dans les *Mémoires* qu'il faut un vote.

— M. SEUTIN : Je demande qu'on revienne sur ces précédents. Ils sont fâcheux ; ils servent les intérêts particuliers et non pas ceux de la science.

— M. LE PRÉSIDENT : Veuillez alors déposer une proposition sur le bureau. C'est une question très-grave, on l'examinera ; mais il y a une décision d'après laquelle tout ce qui est dit ou lu en séance appartient au *Bulletin* de l'Académie. Vous avez le droit de proposer à la Compagnie de modifier cette décision.

En attendant, la communication de M. Burggraeve sera insérée au *Bulletin*.

— M. DIDOT : Je serais intéressé plus que personne, à ce que le travail de l'honorable M. Burggraeve fût envoyé à une Commission, puisque ce travail s'est glissé dans la discussion sans avoir été annoncé, sans que nous sussions positivement ce dont il s'agissait. Mais je ne recours pas à de pareils moyens. L'honorable M. Burggraeve a lu son travail ; que ce travail paraisse dans le *Bulletin*. A nous d'y répondre, et je vous assure que la réponse sera bonne et valable.

— M. BURGGRÆVE : J'ai une simple remarque à faire dans l'intérêt de l'Académie. Je demanderai à M. le Président jusqu'à quel point, dans cette enceinte, les sentiments des convenances vis-à-vis de collègues seront observés. Je demanderai s'il appartient à un membre de l'Académie, alors que celle-ci ne s'est pas encore prononcée, de jeter en avant une opinion personnelle dans les termes que vient d'employer l'honorable M. Seutin.

Que l'appareil ouaté soit un malheur ou un bonheur, c'est ce que ni M. Seutin ni moi ne déciderons. Il y a au-dessus de nous le public qui juge, le praticien qui applique. Que M. Seutin soit sans inquiétude à cet égard ; en définitive, si ses appareils sont bons, ils seront conservés ; s'ils sont nuisibles, eh bien ! tout en reconnaissant la part qu'il a eue dans ce grand progrès de la chirurgie moderne, on verra ses appareils suivre le sort de beaucoup d'autres et ils seront remplacés.

En conservant vis-à-vis de M. Seutin toute la déférence que je lui porte (et il sait que cette déférence est grande), je pense que lui également, vis-à-vis de collègues, même moins âgés que lui, il est obligé d'observer certaines mesures. Or, sans vouloir

donner une leçon de convenance à qui que ce soit, je pense qu'il n'est pas permis, en pleine Académie et en séance publique, de s'exprimer comme notre honorable collègue vient de le faire. La discussion qui va s'ouvrir, est une discussion grave. Malgré le terme vulgaire dont on s'est servi, il n'y a pas eu de ma part escamotage. J'ai agi ouvertement; j'ai écrit deux lettres au Bureau pour lui annoncer ma communication.

— M. SEUTIN : Je ne reçois ni les avis ni les leçons de M. Burggraave. Je sais ce que je dis, et je le répète, j'ai été très-généreux en disant seulement que l'emploi du bandage ouaté était un malheur. Il y a d'ailleurs quelque chose qui est au-dessus des formes, c'est l'humanité, c'est la science. Mais je ne crois pas avoir manqué aux convenances en disant à M. Burggraave : vous avez fait du mal et vous défendez un bandage nuisible.

— M. LE PRÉSIDENT : En ce qui concerne la demande qu'a faite M. Burggraave, il est évident que tout membre de cette assemblée a le droit d'exprimer une opinion scientifique. Si dans l'opinion de M. Seutin, le bandage que défend M. Burggraave, présente des dangers, il a le droit de le dire. Le président ne peut faire qu'une chose : rappeler à l'ordre les membres qui s'en écartent. Or, on ne s'écarte pas de l'ordre en exprimant une opinion scientifique dans les termes dont s'est servi M. Seutin.

IV. — DISCUSSIONS.

Suite de la discussion de la Note de M. Didot, relative aux gangrènes spontanées (1).

— M. DIDOT : *Festina lentè*, dit un vieil adage ! C'est ce que nous faisons, Messieurs, car voilà, si je ne me trompe, deux ans et demi que j'ai eu l'honneur de vous soumettre une Note sur le traitement chirurgical de la gangrène spontanée, et c'est à peine si de temps à autre l'on a pu s'occuper des questions importantes soulevées par ce travail.

Sans doute, l'intérêt de la science exige que l'on apporte une sage lenteur dans l'examen des principes sur lesquels elle repose ; sans doute, il ne faut rien précipiter quand on veut porter de bons jugements : mais entre une temporisation prudente

(1) Voir *Bulletin*, tome XIII, p. 954.

et le mode suivi à l'égard de la discussion qui nous occupe, il y a une différence telle, que si pareille chose se reproduisait souvent, ce serait vouer nos travaux à une stérilité fatale.

A la vérité, ces appréhensions ne sauraient se réaliser pour ce qui concerne la discussion entamée sur la gangrène spontanée, attendu que des orateurs haut placés dans la science se sont emparés du sujet, et l'ont traité avec un talent si supérieur, que leurs discours resteront comme documents indispensables à tous ceux qui voudront s'occuper de l'état pathologique auquel ils se rapportent.

Cette circonstance est heureuse, sans doute, mais elle est de nature à me donner de graves préoccupations, puisque je dois répondre à des discours aussi remarquables par le raisonnement que par la richesse scientifique que l'on a prodiguée dans leur agencement; toutefois, fort de votre bienveillante indulgence, enhardi surtout par les sympathies de mes honorables contradicteurs, j'oserai dire ma pensée entière, et vous soumettre les doutes qui restent dans mon esprit, sur l'argumentation mise en avant pour réfuter mes opinions.

Et d'abord, Messieurs, comme un temps trop long s'est écoulé depuis la publication de mon travail, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots le fait que j'avais à soumettre à l'Académie, et les réflexions qu'il m'a suggérées.

Le 8 décembre 1851 je fus consulté par un forgeron, âgé de cinquante-cinq ans, pour une gangrène spontanée qui avait envahi les deux phalanges du pouce de la main gauche et dont les premiers phénomènes remontaient à plus de quatre mois.

L'embarras de la circulation artérielle méconnue pendant toute cette période, commençait au tiers supérieur du bras, où une pulsation large et forte se faisait sentir et cessait brusquement, comme si le flot sanguin se fut engagé dans une impasse.

Alarmé sur les conséquences, non-seulement de la lésion artérielle, mais surtout des phénomènes généraux qu'elle avait déjà produits, je cherchai une médication qui pût :

1° Arrêter la résorption putride ;

2° Limiter la mortification ;

3° Favoriser la séparation des parties sphacélées ;

4° Ramener dans le membre la circulation artérielle pour obtenir la guérison des plaies et prévenir le retour du mal.

J'employai donc le fer rouge à trois reprises différentes, et le 14 janvier 1852 je pus désarticuler le métacarpien.

Le 10 février suivant la cicatrice était solide et parfaite.

Un fait aussi remarquable était bien de nature, je crois, à autoriser quelques réflexions sur la nature des gangrènes spontanées ou réputées telles, comme aussi, sur le traitement préconisé contre ce genre d'affections.

C'est pourquoi je crus remplir un devoir en soumettant à votre appréciation et le fait en lui-même, et les observations qu'il m'avait suggérées. C'était témérité de ma part peut-être, d'oser dissenter sur les gangrènes spontanées en présence de l'auteur de l'*Essai* couronné en 1832; c'était une témérité plus grande encore, d'oser critiquer des opinions appuyées sur l'autorité d'un nom justement honoré. Cependant je ne pouvais imposer silence à mes convictions, je ne pouvais rester sourd aux enseignements d'une pratique heureuse; je me décidai à affronter les orages d'une discussion sérieuse, et ne vis que l'intérêt de l'humanité et de la science, alors que le soin de ma réputation exigeait peut-être que je m'abstinsse d'une lutte inégale.

Toutefois, je suis heureux de reconnaître que les honorables orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion, ont fait preuve d'une bienveillance et d'une courtoisie dont je les remercie avec effusion, et que je m'efforcerai d'imiter, même dans les cas où je devrai combattre leurs opinions, ou tâcher de repousser leurs critiques.

Des arguments divers ont été développés par MM. Fallot, Lombard, Fossion et François. Je tâcherai de les résumer et d'y répondre le plus brièvement que faire se pourra, et pour suivre ces honorables membres dans leur marche, je les imiterai, c'est-à-dire que j'examinerai d'abord l'étiologie et la physiologie des gangrènes spontanées, pour aborder ensuite la question thérapeutique.

MM. Fallot et Lombard sont d'accord pour reconnaître que le fait signalé par moi acquiert une grande importance pratique.... Mais, dit M. Fallot, c'est à la condition qu'on ne lui donnera d'autre signification, d'autre portée que celle qu'il a réellement, c'est-à-dire, qu'il ne constituera qu'un exemple d'une gangrène dite spontanée dont les progrès ont été arrêtés par l'intervention active et répétée du feu : rien de plus, rien de moins; et si M. Didot se remet à l'œuvre, s'écrit M. François, j'ose lui prédire de bien tristes mécomptes, et je l'engage à se tenir sur ses gardes !....

Eh ! Messieurs, n'est-ce donc rien qu'un fait heureux, comme conséquence d'une médication nouvelle, alors surtout que vous reconnaissez que la matière est encore pleine d'obscurités et que les opinions les plus divergentes sont encore soutenues avec succès. Croyez-moi, un fait heureux a son langage et aucun praticien consciencieux n'en méconnaîtra la portée quand il saura qu'il lui réserve une ressource utile contre un mal éminemment dangereux.

Quand j'eus l'honneur de soumettre à votre appréciation mon travail sur la gangrène spontanée, je ne possédais qu'un seul fait ; aujourd'hui, Messieurs, je puis en citer un deuxième qui m'a été communiqué par l'honorable docteur Prosman de Looz, et dans lequel le fer rouge employé vigoureusement et au début des accidents a procuré une guérison parfaite. Voici les principales circonstances de cette observation :

Un homme d'une cinquantaine d'années, fort et bien portant, s'aperçut après une marche fatigante qu'il s'était formé une phlyctène à fond noir, à l'extrémité du gros orteil. Des douleurs vives se prononcèrent bientôt, et en quelques jours, l'orteil entier était momifié. Consulté vers le dixième jour de l'accident, M. le docteur Prosman reconnut immédiatement une gangrène par obstruction artérielle, mais il constata que la mortification n'avait aucune tendance à se limiter. Pour remplir les indications classiques, il prescrivit l'opium, mais ne crut point devoir recourir aux émissions sanguines. Le lendemain l'état du malade s'était aggravé au point d'inspirer de graves inquiétudes. M. le docteur Prosman venait de lire mon travail ; il embrassa donc mes idées, et pratiqua immédiatement une cautérisation énergique dans les tissus vivants, et détruisit les parties molles jusqu'à l'os. Dès lors tous les accidents cessèrent et la guérison ne fut point entravée.

Gardez-vous donc, Messieurs, de porter *à priori* un jugement absolu ; gardez-vous surtout de proscrire un moyen audacieux peut-être, mais digne de l'attention des praticiens, puisqu'il compte deux succès sur deux essais tentés.

Vous invoquez des théories fort acceptables, je le reconnais ; mais après tout, ce sont des théories controversées, ainsi que j'espère le démontrer, tandis que moi, je vous apporte deux faits heureux, or, toutes les discussions possibles ne feront jamais que le fer rouge n'ait point procuré deux guérisons dans les deux cas où on l'a employé avec vigueur.

Attendez que l'expérience ait prononcé, attendez que l'on ait répété mes essais, et alors vous jugerez en parfaite connaissance de cause. Jusque-là, vous devez imiter la sage et prudente réserve de l'honorable professeur Lombard qui laisse aux faits leur signification entière.

Maintenant, Messieurs, pour procéder avec ordre, je devrais peut-être préciser les points sur lesquels je suis en parfaite communauté d'idées avec mes honorables contradicteurs, afin de dégager les questions sur lesquelles nous cessons de nous entendre.

Cela serait d'autant plus nécessaire, que l'honorable M. François m'a plus d'une fois fait dire le contraire de ce qui se trouve dans ma Note. Mais comme je dois suivre les honorables préopinants dans l'examen des questions étiologiques, anatomiques et thérapeutiques qu'ils ont traitées, je suis bien forcé de renoncer à ce mode essentiellement logique, pour rencontrer chacun de leurs arguments.

Je donne le nom de gangrène dite spontanée à toute mortification des extrémités résultant d'un obstacle *direct* ou *indirect* à la pénétration du sang artériel.

Cette définition ne convient ni à M. Lombard, ni à M. Fossion, ni à M. François, parce que la diminution, la perturbation, ou la suppression de l'influx nerveux produisent la gangrène, *quelquefois* suivant M. Lombard, *toujours* suivant M. Fossion, et parce que, selon M. François, *cette mort partielle est le dernier terme d'affections nombreuses et complexes qui dépassent tous les calculs de la prévoyance.*

Cependant MM. Fallot, Lombard et François sont d'accord sur ce point, c'est que la cause *prochaine, directe, immédiate* de la gangrène spontanée est un obstacle à l'abord du sang artériel dans la partie infectée, peu importe que cette interruption de la circulation résulte de la présence d'un caillot ou de productions tophacées dans les artères du membre, de l'obstruction des capillaires, du défaut d'innervation, ou de l'insuffisance de la force propulsive du cœur. Sous l'influence de l'une ou de plusieurs de ces causes, un fait matériel se produit, fait constant, fait unique, c'est que *le sang artériel n'arrive plus dans le parenchyme des organes frappés de mort.*

Que l'on considère ce fait comme phénomène principal, ou comme conséquence accessoire de la maladie, il n'est pas moins

vrai que c'est le fait matériel le plus saisissable et le plus général que nous puissions constater, et c'est de ce fait que je me suis emparé.

Le sang artériel n'arrive plus ! Tous les observateurs en conviennent, tous les anatomo-pathologistes le déclarent, c'est donc une règle.

Eh bien ! que dit ma définition ? Elle reconnaît cette règle ; elle rappelle ce fait général, et ne va pas au delà, parce qu'il eût fallu remonter à toutes les causes que l'on a invoquées, causes dont la puissance est loin d'être bien démontrée, et qui toutes aboutissent à la suppression de la circulation artérielle.

Je suis donc resté dans les limites du positif, et en agissant ainsi, j'ai cru être beaucoup plus utile aux praticiens que si je m'étais lancé dans le dédale de suppositions hypothétiques.

D'ailleurs, est-ce que la formule que j'ai adoptée ne convient pas à toutes les versions, à tous les ordres de causes ? Est-ce que je ne les admetts pas toutes en disant que la gangrène spontanée résulte d'un obstacle *direct* ou *indirect* ? S'agit-il d'un caillot obturant l'artère principale du membre ? c'est une cause *directe*. S'agit-il au contraire de la diminution ou de la suppression de l'influx nerveux ? c'est une cause *indirecte*. Vous le voyez donc, Messieurs, la définition que je propose n'est pas aussi défectueuse qu'on l'a dit, puisqu'en dernière analyse, là où il y a gangrène, il n'y a plus, il ne saurait plus y avoir de circulation artérielle. La suppression de la circulation artérielle est la résultante absolue, générale, à laquelle vous aboutissez fatalement, quelles que soient les causes directes ou indirectes.

Ce fait général étant posé, nous sommes naturellement amené à rechercher si les influences diverses que l'on a citées, suffisent bien pour expliquer les phénomènes pathologiques observés ; et particulièrement, si l'influence nerveuse à laquelle on fait jouer un si grand rôle dans la production de la gangrène des extrémités, peut en réalité supporter la responsabilité du méfait qu'on lui impute.

Quelques explications sont ici nécessaires.

Et d'abord, je me demande si l'obstruction complète des veines peut à elle seule déterminer la gangrène spontanée.

Cette question, je me la suis posée en écrivant ma Note, et j'ai cru devoir la résoudre négativement.

À cette époque, je ne connaissais que deux faits militant en faveur de cette opinion, mais j'avouais que deux faits bien ob-

servés avaient une valeur, une signification que je me garderais bien d'amoindrir.

Aujourd'hui, l'honorable M. François cite de nouvelles observations empruntées à MM. Gendrin, Piorry et Lenoir ; puis il s'appuie sur l'autorité de MM. Forget, Hardy et Béhier, pour conclure en faveur de la réalité et de la puissance propre de cette cause déterminante de la gangrène spontanée.

Certes, Messieurs, une opinion défendue par des faits scrupuleusement observés, et par des hommes aussi haut placés dans la science, réunit toutes les conditions pour être acceptée les yeux fermés, et pour ce qui me concerne je suis prêt à l'adopter ; mais auparavant je voudrais qu'il fût bien démontré, d'abord que cette oblitération complète des veines est la *lésion primitive*, qu'elle a précédé toute autre manifestation pathologique, et en second lieu que c'est bien elle qui produit la mort des parties. Or, ces deux questions étant loin d'être résolues par M. François, ou par les savants auteurs qu'il a cités, je me crois autorisé, jusqu'à preuve du contraire, à penser avec l'honorable M. Fallot, que la stase du sang veineux ne peut jamais être qu'une cause indirecte et tout à fait secondaire de la gangrène spontanée *des extrémités*.

Dans les rares circonstances où l'on a constaté l'oblitération complète des veines, je pense que cette lésion n'a jamais été *primitive*, et j'ajoute avec l'honorable M. Fallot, qu'elle a toujours été la conséquence forcée de l'oblitération des capillaires.

En effet, consultez les observations enregistrées par la presse périodique, et toujours vous verrez que sous l'influence d'une disposition inflammatoire, la phlébite exsudative est survenue, consécutivement à l'interruption plus ou moins complète de la circulation dans les capillaires.

Ainsi *La Lancette* du 13 janvier 1833 a rapporté une observation de gangrène spontanée « où la maladie avait suivi sa marche accoutumée, et où la mort était survenue lorsqu'une partie du pied était gangrénée. L'artère crurale du côté malade battait avec force et régularité, ainsi que les artères du membre *accessibles à la palpation*. On sentait la veine saphène formant une corde volumineuse et dure. A la nécropsie, il y avait bien une hypertrophie avec dilatation du cœur gauche, *des concrétions crétacées dans les artères des membres et dans la crurale*, mais le cœur droit était très-dilaté, les veines caves très-amples, et la veine fémorale contenait un caillot épais, solide,

semblable aux couches stratifiées des anévrysmes, adhérent à la surface du vaisseau, et bouchant complètement la cavité de celui-ci. Il s'étendait dans la saphène et ses divisions, y présentait moins de dureté, et *semblait d'une formation beaucoup plus récente.* »

Cette observation ne prouve-t-elle pas que la stase sanguine dans les veines ne s'est produite que peu à peu, et à mesure que l'impulsion à *tergo* perdait de sa force, tandis que le retour vers le cœur rencontrait des obstacles de plus en plus marqués? *La disposition des couches stratifiées du caillot veineux*, prouve qu'en dessous de cet ordre de vaisseaux se trouvait un embarras toujours croissant, de sorte qu'en dernier lieu le même caillot put envahir la saphène où l'on constata qu'il était *de formation beaucoup plus récente*. Par conséquent, dans ce cas, l'oblitération veineuse ne se produisit que consécutivement à l'oblitération de plus en plus complète des capillaires.

Dans la séance du 23 décembre 1834, M. Amussat présenta à l'Académie royale de médecine de Paris, l'observation d'une gangrène spontanée de la jambe survenue inopinément chez une femme de quarante ans, affectée d'une maladie du cœur depuis dix ans, et sujette à des catarrhes pulmonaires graves et à de violents accès de suffocation. Ayant éprouvé le besoin d'aller à la garde-robe, cette femme s'était accroupie sur un vase de nuit, et y était depuis quelques minutes, lorsqu'elle éprouva dans la jambe gauche et depuis le bout des orteils jusqu'au genou, un froid glacial et une crampe si douloureuse qu'elle ne put s'empêcher de crier, et tomba sans connaissance. Trois quarts d'heure après, le médecin ordinaire la trouva dans le même état, et tellement cyanosée qu'il craignit d'abord d'avoir affaire à une attaque de choléra. Ajoutons à ces symptômes les palpitations tumultueuses du cœur, une orthopnée considérable, l'absence du pouls dans les radiales, une insensibilité complète à la peau. La jambe gauche était d'un blanc mat, d'un froid glacial ; les orteils étaient contractés convulsivement ; enfin le jarret était le siège de douleurs horribles. Bref, la gangrène humide se déclara et six jours après M. Amussat amputait la cuisse au lieu d'élection. Il tordit quatre vaisseaux, plus la veine fémorale dont les parois étaient tellement épaissies qu'elle affectait tout à fait la forme d'une artère.

A l'examen de la jambe, on trouva, outre les désordres produits par la gangrène, dans l'artère poplitée, au devant de l'articu-

lation tibio-fémorale, un caillot adhérent à la membrane interne, rouge, assez consistant, et se plongeant à quelques lignes dans la tibiale antérieure. Un caillot de même nature, *mais plus allongé, plus mince et moins adhérent, a été trouvé dans le point de la veine qui correspondait à l'oblitération de l'artère.*

La gangrène était-elle due à une artérite, et le caillot trouvé dans l'artère était-il cause ou effet de la mortification ? La question est restée indécise, dit l'historien, et les avis partagés. Nous pensons, quant à nous, ajoute M. Amussat, que le caillot n'a point été produit par une artérite qui aurait causé la gangrène ; il ne remontait pas assez haut pour cela.

Le grand chirurgien auquel j'emprunte cette observation, avait parfaitement raison : il ne s'agit pas ici d'artérite ; il ne s'agit même point de phlébite proprement dite.

Pendant le cours d'une maladie chronique du cœur, une femme à sang riche se trouve forcée de rester pendant plusieurs minutes avec les jambes fortement fléchies sur les cuisses. La circulation s'arrête au niveau de l'artère où un caillot consistant se forme et envahit l'origine de la tibiale antérieure. Par conséquent, la circulation s'arrête dans les capillaires et dans les veines, et un autre caillot se forme dans la veine au point correspondant à l'oblitération artérielle, c'est-à-dire à l'endroit où le membre a été soumis à cette flexion forcée. Pendant plus de trois quarts d'heure, la circulation générale est pour ainsi dire suspendue puisque la malade est cyanosée, et la gangrène se déclare.

Dira-t-on que cette gangrène doit être attribuée à l'oblitération veineuse ? Évidemment le caillot veineux n'a été en cette circonstance qu'un produit secondaire de la suppression de la circulation artérielle et capillaire, et l'on ne saurait en tirer aucun parti en faveur de la puissance de cet ordre de phénomènes, dans la genèse *directe* de la gangrène spontanée.

L'honorable M. François se fait une arme de l'observation rapportée dans la thèse soutenue en 1837 par M. Aug. Lenoir, et qui a trait à une femme de trente-six ans, affectée de cancer utérin, puis de gangrène *des deux membres inférieurs*, et chez laquelle on trouva une phlébite des veines crurales, sans aucune altération des artères.

Ce fait parfaitement analogue à la première observation relatée dans l'ouvrage de M. François et empruntée à Fabrice de Hilden, présente un grand intérêt sans doute, mais c'est au point de vue

des effets secondaires des tumeurs cancéreuses ou autres qui compriment les vaisseaux sanguins par leur masse, ou qui les affectent par leur contiguïté ; mais je ne saurais y voir un argument en faveur de la puissance de l'oblitération veineuse, comme cause essentielle et directe de la gangrène spontanée.

Évidemment, la phlébite ne fut ici qu'un effet de la maladie utérine qui occupait tout le bassin, et qui se propagea aux veines crurales. Mais il n'est dit nulle part que toutes les veines du membre fussent *oblitérées* : or, c'est là le fait important qu'il eût fallu constater. Et dans ce cas encore, il est à remarquer que si la circulation veineuse eut été complètement entravée par la pression de la tumeur utérine, cette pression eût été plus que suffisante, pour apporter dans la circulation artérielle des troubles dont on n'a point parlé, et qui sans aucun doute eussent été suffisants, comme le dit Fabrice de Hilden, *ut nullus sanguis ad crura nutrienda et vivificanda permeare posset*.

Disons donc que les compressions organiques ou autres, que j'appellerai de force majeure, n'ont que des rapports éloignés avec la maladie qui nous occupe, parce que leur action leur est propre, directe, parfaitement définie, et toujours suffisante pour abolir la vie dans toutes les parties qui en subissent l'effet.

Vous le voyez, Messieurs, l'oblitération complète des veines n'est pour ainsi dire jamais la *lésion primitive* qui détermine directement la gangrène spontanée. L'analyse des faits le prouve ; l'anatomie et la physiologie d'accord avec le livre de l'honorable M. François, le démontrent mieux encore.

« D'abord, dit notre savant collègue (p. 238), on soupçonne bien qu'il ne peut guère être ici question que de l'oblitération des veines des membres ; d'autre part, on sait généralement que les veines sont beaucoup plus multipliées que les artères, et qu'elles ont entre elles de fréquentes communications : il est donc à présumer que toutes seront difficilement affectées en même temps. Une autre raison pour se ranger à cet avis, c'est que les unes étant superficielles et les autres profondes, les causes susceptibles d'agir sur les premières, telles que les coups, les plaies, les ulcères, etc., respecteront presque toujours les secondes, et que les maladies de celles-ci s'étendront avec peine à celles-là, à moins de supposer des lésions et des causes morbides assez violentes pour envahir toutes les veines à la fois ; mais alors les autres parties du membre ne seraient pas épargnées, et les accidents seraient tellement graves que l'affection des vaisseaux vei-

neux formerait la moindre part des phénomènes qui se manifesteraient. »

Nous comprenons donc que la disposition anatomique des veines doit exclure la probabilité, je dirais volontiers la possibilité de l'oblitération complète de toutes les voies de retour ouvertes au sang, et qu'en conséquence l'intervention des veines dans la production de la gangrène spontanée ne peut être que secondaire et tout à fait indirecte.

L'honorable M. François s'est longuement occupé de la division classique des gangrènes spontanées en *sèche* et en *humide*, ainsi que de l'explication donnée à cette différence par M. Godin. Il est à peine nécessaire de vous rappeler, Messieurs, que notre savant collègue repousse, et cette distinction qui pour lui est sans valeur, et l'explication qui, dit-il, *pour être fondée dans beaucoup de cas, n'est nullement générale, constante, absolue.*

À ce sujet, notre honorable collègue ne peut se défendre de réflexions pénibles, amères même, à propos de ce que M. Godin aurait écrit en 1836, c'est-à-dire postérieurement à la publication de l'*Essai*, « que jusqu'à cette époque on avait complètement négligé l'étude de l'influence que peuvent avoir les altérations des veines dans la production de la gangrène spontanée. »

Certes, Messieurs, je comprends la susceptibilité d'un auteur qui se croit lésé dans ses droits ou dans son amour-propre, au point de vue de la priorité d'une idée ; mais en cette circonstance je ne puis accepter le reproche que m'adresse l'honorable M. François d'avoir favorisé un plagiat en attribuant à M. Godin des explications qui déjà auraient été produites plusieurs années auparavant dans l'*Essai* sur les gangrènes spontanées. Pour me disculper, je n'aurai qu'à rappeler les paroles prononcées par M. François lui-même dans la séance du 15 octobre dernier, et telles qu'elles se trouvent dans le *Bulletin*. Les voici : « Que je n'aie pas dit que 1^o l'atrophie, la sécheresse des tissus est un signe que l'obstacle à la circulation réside uniquement dans le système artériel, et 2^o que l'œdème considérable coïncidant avec le développement d'une gangrène, annonce que si la circulation artérielle n'est pas tout à fait supprimée, le cours du sang veineux est à coup sûr interrompu, *cela est certain*; mais si je n'ai pas énoncé ces deux propositions, c'est qu'elles ne sont pas vraies *dans tous les cas*. » Cela est-il assez clair ?

M. François n'a point énoncé ces deux propositions, il le dit,

il l'affirme lui-même; au contraire, il reconnaît que M. Godin les a formulées en 1836, et c'est précisément le fait que je me borne à rappeler : où donc est le plagiat?... Et s'il n'y a point de plagiat, comment puis-je le favoriser? Je désire que notre honorable collègue veuille bien m'éclairer sur ce point.

Maintenant, pour en revenir à la question scientifique, deux mots suffiront pour justifier la position que j'ai prise dans cette question.

Frappé de ce fait général, que la forme habituelle de la gangrène dite spontanée est la *momification*, c'est-à-dire, la gangrène *sèche*, puisqu'on la rencontre quarante-trois fois sur soixante, et considérant que l'oblitération artérielle est la lésion constante de cet état pathologique, j'en ai déduit cette conséquence avec MM. Godin et Piorry, que l'atrophie des tissus prouvait qu'aucun élément nouveau ne pouvait *arriver* à la partie momifiée, tandis que les fluides y existant étaient sans cesse repris par l'absorption. Au contraire, l'existence d'un œdème considérable se développant *toujours au-dessus* d'une gangrène spontanée, m'a porté à conclure que si la circulation artérielle n'est pas tout à fait supprimée, le cours du sang veineux est à coup sûr interrompu, puisque le retour des liquides vers le centre ne peut s'effectuer. Cela me semble tout à fait logique, et surtout parfaitement physiologique.

Contrairement à cette manière de voir, l'honorable M. François pense que la gangrène est *humide* quand elle s'établit *rapidement*, quand elle saisit le membre dans la plénitude de la vie, et alors qu'il est gorgé de sucs. Elle est *sèche*, au contraire, quand le liquide nourricier cessant peu à peu d'abreuver les tissus et la circulation de retour ne s'affaiblissant et ne se suspendant aussi que d'une manière successive, ces tissus s'atrophient et finissant par se momifier.

Telles sont les deux opinions émises par MM. Godin et François sur la cause de la différence qui s'observe entre les deux espèces de gangrène.

Que faut-il en croire?

De l'avis même de l'honorable M. François, elles sont toutes deux acceptables, et j'ajouterai que toutes deux sont conformes aux lois de la bonne physiologie, et qu'elles trouvent leur application dans une foule de cas : mais il ne faut pas qu'on les généralise d'une manière absolue ; il ne faut pas qu'on les érige en lois principes, car comme le dit encore M. François, on s'expose.

rait à voir les faits donner de fréquents démentis à une théorie incomplète.

Ainsi, je connais deux faits qui infirment la théorie de M. François, si on la prend dans un sens général, tandis qu'ils lui laissent toute sa valeur (valeur relative, bien entendu), si on la regarde comme la simple représentation d'un ordre de faits.

L'un appartient au docteur Etmuller de Freiberg ; il a été publié à Dresde en 1844. Un homme de soixante-dix ans, atteint d'abord d'hydropisie, éprouva sans phlegmasie antécédente aucune, un embarras de la jambe gauche avec pesanteur et froid ; puis il se manifesta sans aucune douleur, une décoloration de la peau, qui se ratatina et se dessécha comme une momie à partir des orteils. Le malade se rétablit, dit l'auteur, mais jusqu'au mollet la jambe était desséchée comme du bois. La partie saine marqua sa séparation par une suppuration.

L'autre fait a été communiqué à la Société de médecine de Willebroeck par M. le docteur Van Haelen de Ruremonde, et se rapporte à une femme de quarante-huit ans, mère de plusieurs enfants, atteinte d'hydrothorax avec œdème des extrémités inférieures. En 1846, quelques semaines avant la mort, M. le docteur Van Haelen remarqua un dessèchement ou momification de la peau des deux pieds, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des deux malléoles. La peau tendue, sèche, dure au toucher, ressemblait à du cuir sec et offrait l'apparence d'être réduite au derme seul recouvert d'une couche épidermique, comme s'il y eût eu résorption ou rétraction des couches cellulaires, musculaires et adipeuses.

Dans ces deux cas la gangrène a été sèche, bien que son invasion ait été brusque et presque instantanée ; c'est que les fonctions absorbantes s'exercèrent énergiquement, même après la cessation de l'impulsion cardiaque sur le système vasculaire de la région ; c'est que l'absorption reprit tous les éléments saisissables, même après que l'interruption du courant artériel eut livré les extrémités à une mortification graduelle, mais complète.

C'est encore ainsi que les choses se passent, sans aucun doute, dans cette étrange affection que M. Gintrac a décrite sous le nom de *chorionitis* ou de *sclérosténose cutanée*, affection qui n'est qu'une variété de la nécrosie qui nous occupe.

Vous le voyez, Messieurs, pour être vraie dans certains cas, la théorie de M. François ne saurait être prise dans un sens absolu. Pour s'assurer de l'exactitude de ce que j'avance ici, il

suffit de bien analyser les histoires de gangrène spontanée qui ont été publiées ou qui sont consignées dans le savant ouvrage de notre collègue.

J'ai donc adopté l'explication de M. Godin, parce que je la crois fondée dans bien des cas, et parce que, si d'une part, le cœur est, comme je l'ai dit, le principal moteur de la circulation veineuse, d'autre part, je crois, avec les physiologistes, qu'il est d'autres influences, dont je parlerai tout à l'heure, qui agissent sur la progression du sang dans cet ordre de vaisseaux, tout comme elles déterminent la marche de la lymphe dans les réseaux lymphatiques.

Une dernière observation se présente à mon esprit, à propos de l'influence que l'on prête à la phlébite ou à l'oblitération veineuse dans la production de la gangrène spontanée.

La voici en deux mots :

En supposant que l'obstruction de toutes les veines d'un membre fût possible, je demanderai pourquoi la gangrène éclate toujours *avant* la tuméfaction œdémateuse du membre ; et pourquoi, c'est toujours *au-dessous* du siège de l'obstruction veineuse que la mortification s'établit.

En effet, je ne connais point d'observation de gangrène *humide*, où le gonflement œdémateux ait précédé le sphacèle ; et d'un autre côté, ce n'est jamais dans les lieux où l'on constate l'obstacle à la circulation du sang noir, que la gangrène débute, bien qu'en cet endroit les tissus soient gorgés de sucs, comme le dit M. François. Au contraire, c'est toujours dans les endroits les plus éloignés du centre circulatoire que les accidents se produisent, c'est-à-dire, là où le sang artériel cesse de pénétrer et d'abreuver le parenchyme organique. Il est donc évident que dans ces cas, le rôle du système veineux n'est que secondaire, et que l'obstruction de ses vaisseaux n'a qu'une action tout à fait indirecte sur la production de l'état pathologique désigné sous le nom de gangrène spontanée. La conséquence est impitoyable.

D'ailleurs, disais-je dans ma Note, observons-nous la gangrène dans les circonstances si communes où la circulation veineuse est réellement entravée, dans les cas où les veines sont évidemment malades ? Nullement.

Voyons-nous le sphacèle survenir chez ceux qui sont atteints d'anasarque étendue, par suite d'obstacle à la circulation veineuse ? Non.

Voyons-nous la gangrène se déclarer chez les individus qui portent ces énormes paquets de varices, à peine perméables à un filet de sang? Pas davantage.

J'ai donc raison, me semble-t-il, de dire que la véritable cause de la gangrène spontanée git dans l'obstacle élevé entre le sang artériel et la trame organique. Je le crois d'autant plus qu'avec le sang artériel, circule la vie, tandis que sans lui la mort vient fatalement frapper les corps organisés.

On a fait jouer un grand rôle au système nerveux dans la genèse de l'état pathologique qui nous occupe, et la puissante argumentation de MM. Lombard et Fossion a tenté de restituer à l'innervation une part qui me semble infiniment trop large, car on a cherché à la grossir en empiétant sur les droits imprescriptibles de la *force vitale*.

L'honorable M. Lombard ne doute point, dit-il, que « plusieurs cas de gangrène dite si improprement sénile, ne doivent reconnaître parmi leurs causes efficientes, une diminution d'influx nerveux. Et qu'y a-t-il d'étonnant, ajoute-t-il, à ce que les lésions du système nerveux, l'affaiblissement de l'innervation soit par cause organique accidentelle, soit par la sénilité propre ou prématurée du sujet, deviennent cause de gangrène quand on sait que la tonicité organique, la contractilité vitale des tissus, est *sous l'absolue dépendance* des nerfs ganglionnaires, et que ceux-ci sont profondément influencés par les nerfs cérébro-spinaux, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie. »

D'autre part, pour M. Fossion, la gangrène spontanée n'est en définitive que la *paralyse du système nerveux de la vie organique*; c'est, ajoute-t-il, une maladie toute spéciale, comme le prouvent l'expérimentation physiologique et les vivisections.

Ainsi posée, la question s'étend et acquiert des proportions que je suis loin de lui avoir données en rédigeant mon travail. Toutefois, je ne m'en plains pas, car la science a tout à gagner à ces discussions approfondies dans lesquelles des hommes consciencieux et éclairés s'efforcent de dégager la vérité des ténèbres qui l'enveloppent.

Permettez, Messieurs, que je suive ces honorables collègues dans leur savante argumentation, et que je vous soumette à mon tour quelques observations non moins sérieuses.

Avant tout, je crois qu'il importe de bien connaître la nature du terrain que nous explorons, et surtout, de bien nous entendre sur le degré de certitude auquel nos connaissances sont arri-

vées relativement à l'influence nerveuse à laquelle on veut faire jouer un si grand rôle dans la production de la gangrène des extrémités.

Les connaissances, ou plutôt les croyances actuelles sur la physiologie du système rachidien peuvent se résumer en trois groupes, dit M. J. Guérin. Il y a des notions que l'on regarde généralement comme certaines : ce sont celles qui se rapportent à la distinction des nerfs céphalo-rachidiens en nerfs du sentiment et en nerfs du mouvement. Il y en a que l'on peut regarder comme provisoires : celles qui se rapportent aux mouvements réflexes et à l'hypothèse d'une faculté excito-motrice de la moelle. Il y en a qui sont à l'état d'ébauche, et encore très-confuses : ce sont celles qui ont pour objet les rapports et connexions de la moelle épinière avec le grand sympathique. Hors de ces trois groupes, il peut y avoir des opinions individuelles, des indications vagues, mais elles n'ont pas cours dans la science.

Je ne dirai rien des deux premiers groupes physiologiques dont il vient d'être question ; ils ne sont pas en cause.

En ce qui concerne les connexions de la moelle épinière avec le grand sympathique, il convient de distinguer les notions purement expérimentales établissant que la moelle et les nerfs rachidiens exercent une notable influence sur les fonctions de la vie organique, des véritables connexions anatomiques de *subordination* qu'on a cru découvrir entre la moelle épinière et le grand sympathique. Si les premières, en tant que fait matériel, ne peuvent être contestées, il n'en est pas de même des secondes qui sont loin jusqu'ici d'être suffisamment démontrées. Mais quelles qu'elles soient, leur obscurité même montre combien il est difficile d'en tirer des applications à la pathologie, comme aussi, combien il serait dangereux pour la pathologie d'en faire abstraction.

Cela étant, l'on comprend tout d'abord la nécessité de n'admettre que des faits parfaitement établis, sans se laisser séduire par le prestige des hypothèses ou par des inductions sans valeur.

C'est pour cela que je fais peu de difficulté de reconnaître avec l'honorable M. Lombard, que l'on n'a *peut-être* pas attaché assez d'importance à l'influence du système nerveux comme cause de la gangrène dans bien des cas ; tandis que je repousse de toutes mes forces la formule assez extraordinaire de l'hono-

nable M. Fossion, qui fait consister la gangrène spontanée en une *paralysie du système nerveux de la vie organique*.

Entre ces deux propositions, il y a une distance qu'aucun observateur rigoureux ne saurait franchir : aussi je me garderai bien de suivre l'honorable M. Fossion sur le terrain où il s'est placé pour assigner au système nerveux un rôle qui n'est pas le sien, et pour lui confier des fonctions qu'il n'est point apte à remplir, puisqu'elles préexistent même à sa formation.

La diminution ou l'abolition de l'influx nerveux a pour effet constant la diminution ou l'abolition, soit du mouvement, soit de la sensibilité : en d'autres termes, l'abolition de l'influence nerveuse entraîne fatalement la paralysie, mais elle ne détermine jamais directement la gangrène.

Je m'explique.

L'anatomie et la physiologie nous laissent dans une grande ignorance relativement aux influences qui président à la nutrition intime des organes, de sorte que nous sommes en possession de faits généraux d'un caractère négatif, plutôt que de notions spéciales et réellement positives. Ainsi, c'est en vain que l'on a cherché les nerfs nutritifs ; ils échappent à la dissection comme à l'expérimentation. D'un autre côté, pendant que des savants distingués ont cru devoir adopter l'opinion que les racines postérieures ou sensitives des nerfs spinaux ont, exclusivement aux racines antérieures, des connexions intimes avec le travail nutritif des organes, la généralité des physiologistes, se basant et sur l'expérience, et sur tous les faits de section accidentelle des nerfs moteurs, démontrent que ce sont les faisceaux antérieurs seuls qui exercent une influence directe sur la nutrition.

Le dernier mémoire de M. Cruveilhier sur la *paralysie musculaire progressive atrophique* justifie cette dernière opinion et la met hors de contestation. Mais encore une fois, tous ces faits n'augmentent guère la somme des notions que nous possédons sur la physiologie de la nutrition, car après la section des nerfs moteurs, s'il y a paralysie, il y a *perversion*, mais non *abolition* du travail nutritif : or, l'abolition seule de la nutrition conduit à la gangrène, et cela nous explique pourquoi la gangrène est si rare chez les paralytiques qui ne subissent pas l'influence d'autres causes physiques.

« La nutrition, dit Muller, doit être considérée, eu égard à sa cause première, comme entièrement indépendante de l'influence nerveuse ; elle est le résultat d'une force inhérente à toutes les

molécules animales vivantes, une action accomplie par les molécules plastiques primaires, c'est-à-dire, par les cellules, et qui se manifeste dans les nerfs eux-mêmes. L'influence incontestable que ces derniers exercent sur les parties en voie de se nourrir, ressemble davantage au régulateur d'une horloge, qui porte en elle-même les causes de sa marche. »

Nous nous trouvons ainsi conduits avec M. Barbier, à contester à l'appareil nerveux la prééminence que les physiologistes, contempteurs de la force vitale, lui ont concédée dans l'organisation animale, car nous sommes forcés de reconnaître qu'il s'y rencontre des phénomènes dont l'action nerveuse n'a point la direction. C'est à une autre puissance, à celle qui donne la vie, à celle que l'on sous-entend quand on prononce le mot *nature*, qu'il faut rapporter les modifications successives que les matières alimentaires subissent dans l'estomac et dans les intestins, modifications que la loi des affinités chimiques ne saurait ni expliquer ni imiter. C'est la force vitale qui dirige la formation des matériaux que le sang, que les tissus organisés vont s'assimiler, et qui bientôt feront partie intégrante du corps vivant. Par conséquent, ce n'est pas l'innervation qui veille à la stabilité des caractères anatomiques, des qualités physiques de chaque organe, et j'ai raison de dire que la diminution ou même l'abolition de l'influx nerveux, ne saurait produire la gangrène des extrémités. La gangrène c'est la mort, et je le répète, l'abolition de l'influx nerveux ce n'est que la paralysie, c'est-à-dire une modification des conditions de la vie.

Ces prémisses posées, il me reste à rencontrer les différents arguments développés par MM. Lombard et Fossion afin d'en rechercher la puissance et la portée.

« Pour nous, dit l'honorable M. Lombard, les eschares si fréquentes des fièvres continues ne résultent pas seulement de la compression ni de la nature particulière de la maladie, de l'altération du sang ou des humeurs, ni d'une inflammation locale, mais nous les attribuons en grande partie au défaut d'innervation. Et voici pourquoi nous pensons ainsi :

« Chaque fois que des symptômes cérébraux graves accablent les malades atteints de fièvre typhoïde, nous voyons survenir des eschares au sacrum. »

En émettant cette opinion, notre savant collègue n'a pu se dispenser de lui donner une forme quasi dubitative, parce qu'il sentait l'étreinte d'une objection qui se présente naturellement

à l'esprit, et dont la puissance fait pâlir l'argument invoqué. C'est pour cela qu'il ajoute : « nous savons bien qu'on va nous dire : mais quand les symptômes cérébraux sont intenses dans le cours d'une fièvre continue, c'est que *la maladie est très-grave, que l'altération du sang est extrême, que l'immobilité est absolue, etc.* »

Eh ! Messieurs, n'est-ce donc rien que la réunion de ces causes qui dans le plus grand nombre de cas suffisent pour amener la perte des malades ?

Pour expliquer les mortifications locales, et toujours localisées dans les mêmes régions, auxquelles il a été fait allusion, faut-il donc incriminer spécialement l'abolition de l'influx nerveux dans les parties sphacélées, alors que tout l'organisme est compromis par une affection générale, alors que tous ses éléments liquides ou solides sont en proie à une altération dont la mort est le terme souvent fatal ? En vérité, je ne saurais le croire.

La gangrène qui apparaît au sacrum, aux talons ou à la région trochantérienne pendant le cours d'une fièvre grave n'a pour ainsi dire rien de commun avec ce que nous entendons par gangrène spontanée des extrémités, attendu qu'il n'est presque jamais possible de rattacher l'apparition de celle-ci à un état pathologique général bien défini.

Dans les fièvres graves, au contraire, les mortifications auxquelles il a été fait allusion résultent toujours de causes générales bien déterminées, telles que la pyrexie pendant laquelle elles apparaissent, et de conditions physiques agissant comme causes déterminantes, telles que l'immobilité absolue du patient, et par suite la compression prolongée des surfaces vouées à la gangrène. Disons encore que ce genre de lésions est généralement facile à prévoir selon les circonstances de la maladie, et ajoutons qu'il est rarement possible de se tromper sur le siège qu'elles occuperont.

Ces faits si souvent observés, et si éloquemment démontrés par l'honorable professeur Lombard dans ses cours de clinique, ne pouvaient recevoir de sa part un démenti dans cette enceinte ; aussi, il les reconnaît et les proclame en disant : « Oui sans doute la prostration est grande, la maladie bien grave, et le sang notablement altéré..... » Je n'aurais donc plus à m'en occuper, si notre savant collègue n'avait ajouté une restriction que je ne puis accepter, parce qu'elle me paraît contestable. « Mais, dit-il, que de maladies ne voyons-nous pas, dans lesquelles le sang est

positivement altéré, le décubitus longtemps prolongé, sans que pour cela la gangrène arrive jamais aux points qui supportent la compression ou ailleurs ! Et nous citerions des centaines d'individus, des diabètes, des albuminuriques, des phthisiques qui ont gardé le lit pendant des mois entiers sans offrir la moindre tache gangréneuse. »

Ici, Messieurs, une distinction doit être faite, car il me semble difficile d'établir un rapprochement entre les phénomènes résultant de l'existence d'une fièvre continue grave, et ceux que l'on observe dans le cours d'un diabète, d'une albuminurie ou d'une phthisie.

Les phénomènes observés pendant le cours du diabète s'éloignent surtout de ce que nous rencontrons dans les fièvres graves, car nous savons aujourd'hui que la gangrène des extrémités se produit assez fréquemment sous l'influence de cette maladie. C'est pourquoi je serai à mon tour un rapprochement entre la glucosurie et la gangrène spontanée, et là encore je trouverai la confirmation des idées que j'ai émises.

Vous savez, Messieurs, que M. Marchal de Calvi a depuis quelques années appelé l'attention des observateurs sur un accident qui vient parfois compliquer la marche du diabète, et vous n'ignorez point que c'est lui qui le premier a signalé l'apparition de la gangrène des extrémités comme conséquence possible de la glucosurie.

Ainsi, ayant été appelé auprès d'un homme affecté de gangrène spontanée du petit orteil, M. Marchal voulut rechercher les circonstances constitutionnelles ou diathésiques de cette mortification. Ces investigations étant restées sans résultat, du moins pour ce qui concerne les facteurs pathogéniques ordinaires, M. Marchal découvrit enfin que ce malade urinait *beaucoup*. Ce fut un trait de lumière, et bientôt il acquit la certitude qu'il se dégageait par les voies urinaires plus de sept litres de liquide par vingt-quatre heures, et que cette urine contenait au delà de quatre-vingt dix grammes de glucose par litre. Il constata en outre, que cet homme était depuis longtemps sous l'influence d'une diathèse nécrosique caractérisée par des destructions partielles de tissus, occasionnées, selon lui, par l'oblitération successive des vaisseaux nourriciers de ces tissus (*Gazette des hôpitaux*, 1852, page 178).

Peu de temps après cette première observation, M. Cham-poullion communiquait à l'Académie de Paris deux autres faits

de glucosurie, compliquée de gangrène des orteils, et caractérisée par les mêmes phénomènes (*Gazette des hôpitaux*, 1852, page 190).

Au mois d'avril 1852, M. Landouzy signalait à la même Compagnie un nouveau fait observé chez une femme de cinquante-deux ans, dont la santé n'était pas trop affaiblie, dit-il, et qui tout à coup, sans cause extérieure, fut prise d'une gangrène des extrémités qui l'enleva en quelques jours (*Gazette des hôpitaux*, 1852, page 204).

A la même époque, M. Billiard fit connaître l'observation d'un autre diabétique, de cinquante-deux ans qui, au milieu de tous les attributs de la santé fut pris de gangrène spontanée du pied (*Gazette des hôpitaux*, 1852, page 212).

Enfin le 4 juillet 1853, M. Marchal de Calvi observait un nouveau cas non moins intéressant, sur lequel il appelait encore l'attention de l'Académie.

Ces faits sont bien remarquables, on ne saurait le contester, mais par malheur, ils sont incomplets, puisque nous ne possédons encore aucune autopsie complète : or, sans les recherches nécropsiques, nous manquons des renseignements qui pourraient nous conduire à la découverte de la vérité.

M. Marchal n'explique pas encore les phénomènes qu'il a observés ; il a voulu seulement appeler, dit-il, l'attention des observateurs sur le rapport possible, sinon probable, dans quelques cas de la gangrène dite spontanée, dont l'étiologie est si obscure, avec la glucosurie. Si ce rapport est réel, ajoute-t-il, comment la glucosurie produit-elle la nécrosie ? Est-ce en abreuvant les tissus vivants d'une dissolution saccharine ? Est-ce en les privant du produit de la digestion des aliments amylacés ? Je me borne à poser cette question, et je ne reprendrai ce sujet que si d'autres faits viennent à l'appui de celui qui précède (*Gazette des hôpitaux*, 1852, page 178).

Certes, Messieurs, je n'ai pas la prétention de résoudre *à priori* une question laissée en suspens par des hommes aussi éminents que MM. Marchal de Calvi, Landouzy, Champoullion et autres ; mais à mon tour je ferai une observation que l'on n'a point formulée, et je demanderai si les gangrènes spontanées que l'on a observées dans le cours de la glucosurie ne reconnaissent pas pour cause directe et immédiate, un obstacle apporté à l'abord du sang artériel dans les parties frappées de mort ? Cette demande, je la fais avec d'autant plus de confiance, que

dans le fait signalé par M. Landouzy, la gangrène des extrémités se déclara au milieu de tous les attributs d'une santé satisfaisante, tout à coup, et sans cause extérieure, comme le disait M. Landouzy à l'Académie de Paris, dans la séance du 27 avril 1852. Or, si cette gangrène eut été produite directement et immédiatement par la glucosurie seule, ou plutôt par l'altération des liquides en résultant, est-ce qu'elle eut frappé spécialement les orteils ? Est-ce qu'elle eut respecté les autres parties ? Je le croirais difficilement.

L'analogie et le raisonnement nous disent assez que chez ces malades comme chez tous les autres sphacelés, le sang artériel a été arrêté dans son cours, et que la mortification s'est emparée immédiatement des parties qui n'étaient plus abreuvées par le fluide vivifiant.

Ainsi, la gangrène spontanée a été observée dans l'état puerpéral, dans l'épilepsie, dans le choléra, et dans d'autres états pathologiques que l'on a incriminés sans trop se rendre compte du phénomène accidentel que l'on rencontrait. Cependant un fait constant s'est produit dans tous ces cas, c'est que toujours l'on a trouvé à l'autopsie des caillots sanguins obturant complètement les artères du membre sphacélé. Or, si ce fait est constant, pourquoi le reléguer parmi les phénomènes accessoires ? Pourquoi lui contester sa valeur propre ?

L'état puerpéral a surtout fourni des observations remarquables à M. Simpson, observations qu'il a consignées et dans le *Monthly Journal* de 1847, dans l'*Association Medical Journal* de cette année, et dans la Gazette de M. De Chambre. On voit par les recherches entreprises par le célèbre chirurgien d'Édimbourg, que les artères peuvent être obstruées par des caillots formés dans le cœur et entraînés par le torrent sanguin dans les points les plus éloignés de la circulation. Comme preuve de l'exactitude de cette opinion, M. Simpson cite bon nombre de faits observés soit par lui-même, soit par le docteur Cruvelhier, dans lesquels la gangrène des extrémités se produisit sans autre influence sensible que celle de l'état puerpéral. Mais à l'autopsie on trouva constamment des caillots fixés dans les artères des membres, et assez solides pour intercepter complètement le cours du sang.

« Dans tous ces cas, dit l'auteur, la cause des accidents paraît avoir été le détachement et l'entraînement de productions fibrineuses développées dans un autre point de la circulation. Plu-

sieurs raisons, ajoute-t-il, viennent à l'appui de cette opinion. D'abord nous rappellerons les végétations fibrineuses siégeant sur les valvules aortiques, et ensuite l'existence de ces corps libres, identiques avec les végétations valvulaires que l'on rencontre au centre des artères obstruées. Le début brusque de l'oblitération artérielle est une nouvelle preuve de son mode de production. Dans trois cas, l'endocardite fut reconnue pendant la vie ; dans le cas du docteur Moir la lymphe plastique développée sur les valvules aortiques avait une origine récente et devait être attribuée à l'endocardite puerpérale. Ces végétations, ces concrétions fibrineuses formées dans le cœur ont une grande tendance à se déplacer à cause : 1^o de leur peu d'adhérence aux parois de l'organe ; 2^o du mouvement constant du cœur ; 3^o de l'énergie du courant sanguin qui les baigne. Une fois détachées, ces concrétions fibrineuses sont entraînées par la circulation et s'arrêtent dans les vaisseaux dont le diamètre exigü empêche leur passage. Quand le caillot s'est arrêté dans un point du vaisseau, de nouvelles coagulations sanguines se forment rapidement autour de lui, et l'inflammation pourrait peut-être se développer dans les tuniques internes de l'artère et atteindre ultérieurement la veine.... »

Voilà donc la gangrène spontanée apparaissant dans l'état puerpéral, expliquée et parfaitement justifiée par la loi générale que j'ai admise et qui est basée sur le fait que ce genre de mortification résulte toujours d'un obstacle direct ou indirect apporté au cours du sang artériel. Vous allez voir, Messieurs, que cette loi trouve de nouveau sa justification dans les autres états pathologiques qui parfois se compliquent aussi de gangrène spontanée.

Dans l'épilepsie, on a vu plusieurs fois le sphacèle des extrémités survenir au milieu de la perturbation profonde qu'occasionnaient des accès répétés coup sur coup. Pour interpréter l'apparition de cet accident formidable, on s'est contenté de dire que l'influence nerveuse avait subi des modifications telles que la vie avait dû abandonner les parties frappées de mort !... Or, vous comprenez que cette explication n'explique absolument rien, et pas plus que moi, vous ne vous contenterez des sentences vides de sens précis.

Un fait très-remarquable, publié en 1851, par M. Cazenave de Pau (*Gazette des hôpitaux*, 1851, page 98), est venu lever toute espèce de doute sur la nature de la gangrène spontanée

des épileptiques, et sert encore à confirmer la loi que je viens de rappeler. Un jeune homme de vingt-huit ans, d'une constitution robuste, épileptique, avait vu ses accès prendre un tel caractère de fréquence et d'intensité, en mars 1850, qu'il tomba dans un état de stupeur profonde, et y resta plus de quinze jours. Au sortir de cet anéantissement il se plaignit du froid insupportable qu'il ressentait dans toute la jambe gauche. L'examen de cette partie révéla l'existence d'une gangrène spontanée qui bientôt envahit une partie du membre. *L'artère fémorale ne donnait aucune pulsation.* Bref, M. Cazenave fut obligé d'amputer la cuisse, et trouva ce vaisseau complètement obturé par un caillot solide; la profonde seule donna du sang et dut être liée. De plus, l'artère radiale gauche avait également cessé de battre, mais bientôt elle redevint perméable à un filet de sang, car six mois après l'amputation, M. Cazenave revit son patient bien portant et débarrassé de tout accès épileptique.

« Si l'on se rappelle, ajoute M. Cazenave, les circonstances dans lesquelles se sont manifestés les premiers symptômes de gangrène, on sera naturellement porté à attribuer la cause de cette affection aux secousses profondes et répétées dont l'innervation a été durant quinze jours le théâtre. Quand on réfléchit à l'intime solidarité qui enchaîne l'un à l'autre le système nerveux et le système circulatoire, comment admettre que le liquide sanguin soit resté étranger aux désordres qui ont si profondément ébranlé tout l'organisme ? Un accès d'épilepsie éclate ; le sang tout à coup suspendu dans sa marche, ne tarde pas à être modifié dans sa composition ; il perd sa fluidité, des caillots fibrineux se forment dans un ou plusieurs points du cercle circulatoire, et viennent intercepter dans ces points le cours du liquide sanguin ; le canal artériel se rétrécit et s'oblitére ; la partie de l'organisme correspondante (privée d'éléments nutritifs) se trouve ainsi condamnée à mourir.

Vous le voyez, Messieurs, plus nous avançons, et plus le fait général que j'invoque, acquiert d'importance dans la genèse de la gangrène spontanée. Partout et toujours, vous rencontrez un obstacle direct ou indirect à l'abord du sang artériel.

C'est encore de cette façon que la gangrène des extrémités se produit dans le choléra, bien que cette fâcheuse complication soit assez rarement observée. En voici un exemple bien remarquable, que j'emprunte à la clinique de M. Valleix (*Gazette des hôpitaux*, 1854, page 41) :

Un homme jeune, vigoureux, est pris dans la plénitude de la santé, de symptômes que l'on peut rapporter à une fièvre continue peu intense ; au bout de quelques jours un choléra bien caractérisé se déclare, et ne tarde pas à être suivi d'une momification des extrémités inférieures et de la mort du malade. A l'autopsie, on trouva dans les artères iliaques et fémorales, des caillots très-denses, oblitérant complètement la lumière de ces vaisseaux, et des traces d'artérite, caractérisée par la rougeur et la friabilité de la tunique interne, aux points d'adhérence des caillots.

Contrairement à l'opinion de Delpech, de Dubreuil, et de notre honorable collègue M. Fallot, c'est encore dans les gros troncs, et non dans les capillaires qu'a eu lieu l'oblitération des vaisseaux. Tous les vaisseaux des jambes et des pieds, examinés avec soin, étaient parfaitement perméables et n'offraient aucun caillot, si ce n'est un, léger, fibrineux, au tiers moyen de la tibiale antérieure du côté droit, qui n'oblitérait point complètement l'artère, et n'offrait aucune adhérence.

Cette observation a encore présenté une autre particularité non moins remarquable, c'est qu'elle a offert sur le même membre la réunion de la forme *sèche* et de la forme *humide*, mais à des hauteurs différentes. Ainsi les orteils étaient noirs, livides, desséchés, comme momifiés et rendaient un son sec sous le doigt, comme si l'on frappait un morceau de bois. Les jambes étaient aussi dans toute leur étendue d'une couleur violacée, très-froides et nullement tuméfiées. A la partie inférieure de la cuisse gauche, commençait seulement un empâtement œdémateux très-prononcé et conservant l'impression du doigt. A cette hauteur les veines fémorales étaient gorgées d'un sang noir, poisseux, et à la partie inférieure de la veine fémorale gauche existait un épanchement de sang noir dans le tissu cellulaire, au point même ou pendant la vie, on avait constaté un empâtement œdémateux.

Inutile, Messieurs, d'ajouter de longs commentaires à ce fait si concluant en lui-même. La cause de la gangrène des extrémités se révèle de nouveau avec une vérité que vous ne sauriez méconnaître, et dans ce cas encore vous retrouvez le caillot obturateur comme cause directe et immédiate du sphacèle.

Vous le retrouvez également dans l'observation rapportée par M. François, dans la séance du 13 octobre 1853, (*Bull.*, p. 964), observation relative aussi à une femme qui fut atteinte de choléra et bientôt après frappée de gangrène spontanée.

C'est encore de cette façon que les choses se passèrent dans un autre cas observé en 1855 par MM. Valleix et Michon, sur un homme qui fut pris de gangrène spontanée à la suite d'une fièvre typhoïde, et qui fut sauvé par l'amputation de la jambe.

Vous voyez donc que la part de l'innervation dans la production de cet état pathologique est loin d'avoir l'importance que MM. Lombard et Fossion sont disposés à lui attribuer, car l'influx nerveux peut manquer sans qu'il y ait nécessairement gangrène, tandis que partout où le sang artériel cesse d'aborder, la mort reprend ses droits et frappe tous les tissus.

L'honorable M. Lombard a parlé encore des gangrènes que l'on rencontre chez les paralytiques, gangrènes aussi spontanées, lui semble-t-il, que les gangrènes consécutives soit à une artérite, soit à une oblitération mécanique ou organique des vaisseaux sanguins.

Ici encore, Messieurs, je ne puis accepter un rapprochement évidemment forcé. Il n'y a, en effet, aucune analogie entre la situation du paraplégique, masse inerte et végétante, dont l'existence se rapproche de celle des mollusques, et l'individu qui voit une de ses extrémités envahie par la gangrène, au milieu des attributs de la santé et dans le plein exercice des fonctions de la vie de relation. Chez celui-ci, l'extrémité gangrénée ressemble à la branche desséchée qui ne reçoit plus de sève, et qui cependant reste attachée au tronc de l'arbre. Cette branche a cessé de vivre, mais le tronc lui-même est vivace et n'est point menacé de destruction parce que l'un de ses rameaux est frappé de mort. Chez le paraplégique, au contraire, les racines sont gâtées, le cœur est vermoulu ; l'arbre est donc voué à une destruction inévitable avant que ses branches soient frappées de mort. Mais laissons la fiction, et pour parler plus clairement, disons que chez le paraplégique le trépied vital est brisé, l'innervation pervertie, la locomotion anéantie, la nutrition modifiée, par conséquent ce n'est plus un être normal, et si parfois l'on observe chez lui des affections gangréneuses, ce sont des gangrènes par cause physique plutôt que par cause organique ou vitale, et ce genre de gangrène ne ressemble en rien quant à son histoire physiologique, à celle qui nous occupe. Du reste, il est d'observation générale, que les paraplégiques vivent très-longtemps sans être exposés à cet accident, bien qu'ils séjournent parfois au milieu des matières excrémentitielles, et qu'ils soient ainsi exposés à des causes multipliées de sphacèle local.

Je persiste donc à croire que la gangrène spontanée des extrémités résulte généralement d'un obstacle direct ou indirect apporté à l'abord du sang artériel.

Je sais bien que l'on ne manquera pas de m'objecter que toutes les gangrènes spontanées ne résultent point de l'arrêt dans une artère secondaire, d'un caillot organisé dans le cœur ou sur un autre point de l'arbre artériel ; que dans bien des circonstances le caillot obturateur résulte d'un travail pathologique développé dans l'artère même où on le rencontre, travail qui ne s'improvise pas. Je sais en outre que l'honorable M. Fallot prenant pour point de départ les recherches de M. Notta, m'objectera de son côté, que ces caillots n'ont pas l'importance qu'on leur a attribuée, parce qu'ils sont souvent réduits aux proportions d'un simple filament fibrineux qui est loin de boucher hermétiquement la lumière du vaisseau. Mais ces objections elles-mêmes n'ont aucune valeur contre la thèse que je défends, parce qu'il suffit de les examiner physiologiquement pour s'assurer qu'elles constituent au contraire un argument de plus en faveur de mes opinions. Quelques mots suffiront pour vous en convaincre.

Sans doute, toutes les gangrènes spontanées ne proviennent point de caillots charriés par le torrent circulatoire et déposés dans les artères plus étroites qui ne peuvent leur livrer passage : je n'ai jamais avancé de proposition aussi exclusive, je me garderai bien de la soutenir aujourd'hui. Mais comme l'honorable M. Fallot a dit que « dans les gros troncs artériels la coagulation du sang est pendant la vie chose rare et exceptionnelle, parce que le *motus à tergo* suffit pour pousser la colonne liquide en avant et pour maintenir la fibrine à l'état fluide, » j'ai dû prouver que le genre de lésion que je signalais était plus commun qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce jour, et que l'on en avait rencontré bon nombre d'exemples quand on avait voulu se donner la peine de les chercher. Toutefois, j'ai dit et je répète que ce n'est là qu'une des formes étiologiques de la gangrène spontanée, mais que cette forme est réelle, et mérite d'être prise en sérieuse considération par les observateurs.

Nous savons et tous les auteurs admettent aujourd'hui que l'artérite ou le dépôt d'une matière ossiforme dans les tuniques artérielles, constitue la cause la plus fréquente et la mieux connue de la gangrène dite spontanée. Il y aurait de l'injustice à ne point reconnaître que la généralisation de ce fait appartient

à l'honorable M. François qui, le premier, en a fait comprendre toute l'importance. Aussi, adoptant les idées de notre savant collègue, je me suis emparé de ce fait et l'ai fait servir à la justification de la définition que j'ai donnée de la gangrène spontanée, attendu que ce genre de mortification résulte, dans l'immense majorité des cas, d'un *obstacle direct* apporté au cours du sang artériel. Je n'ai donc à m'en occuper maintenant que pour établir un rapprochement entre ce qui se passe dans les cas où un caillot est amené d'un point éloigné dans l'artère plus étroite où on le rencontre, et les circonstances où ce caillot se forme sur place et détermine l'oblitération du vaisseau, puis la gangrène des parties qui en dépendent.

D'après les recherches de MM. Rokitanski et Notta, nous savons que le premier produit déposé dans une artère enflammée, liée ou blessée, n'est pas de la lymphe plastique, puisque la tunique interne est dépourvue de vaisseaux, mais bien un blastème coagulable provenant directement du sang. Or, si ce blastème émane directement du sang en circulation, il importe peu pour la question qui nous occupe, que le caillot soit formé sur place, ou qu'il provienne d'un point éloigné de l'arbre circulatoire. Du moment où il existera, les phénomènes seront les mêmes, et dans un cas comme dans l'autre, le blastème destiné à le fixer aux parois artérielles se séparera de la colonne sanguine et agira sur la membrane interne de l'artère, de façon à en rendre l'adhésion solide, suffisante par conséquent pour déterminer la gangrène des parties alimentées par cette artère.

Les phénomènes qui se succèdent avant cette terminaison fatale, sont et trop remarquables et trop bien décrits par M. Rokitanski, pour que je me dispense de les rappeler en peu de mots, d'après le dernier ouvrage du célèbre anatomo-pathologiste de Vienne.

« L'épaississement des parois des artères, les opacités légères reconnaissent pour cause le dépôt à la surface interne du vaisseau, d'une matière protéique venant du sang. Cette matière protéique subit une série de métamorphoses qui entraînent avec elles un grand nombre d'altérations des diverses tuniques du vaisseau. »

« Au début, le dépôt, sous forme de matière pulpeuse rougeâtre, s'enlevant par le raclage, donne à la surface interne de l'artère un aspect plus brillant et plus humide ; il peut alors être facilement méconnu. Plus tard, la matière pulpeuse s'épais-

sit, devient plus opaque, et se laisse facilement enlever sous forme d'une pseudo-membrane.... De nouveaux dépôts viennent successivement augmenter l'épaisseur de la substance primitivement déposée. Cette plaque peut ultérieurement s'épaissir et revêtir un aspect cartilagineux, ou bien sa surface semble se flétrir et se rider en simulant une texture fibreuse. »

« Ces plaques deviennent graduellement le siège d'un dépôt calcaire de substance jaune sale, formée de lames brillantes (cristaux de cholestérine) mêlées à une sorte de purée amorphe. »

« L'ossification peut envahir une étendue assez considérable du vaisseau, mais cette ossification n'offre jamais la structure réelle de l'os..... Par suite des progrès du travail morbide, les ossifications peuvent se détacher par un de leurs bords, faire saillie dans le vaisseau, donner lieu au dépôt de la fibrine dans ce point, et consécutivement à l'oblitération de l'artère. »

Pendant que ce travail s'exécute à l'intérieur du vaisseau, les membranes moyenne et celluleuse offrent des particularités qui se rapprochent des phénomènes de la phlegmasie chronique : infiltration, friabilité, rougeur et vascularisation, mais rarement on rencontre du pus dans l'épaisseur de la tunique celluleuse.

M. Gamgée a eu l'occasion de vérifier l'exactitude des faits avancés par M. Rokitski, car nous lisons dans le journal hebdomadaire de M. De Chambre une observation empruntée au *Journal Association Médicale* du 3 février dernier et relative à une femme de quatre-vingt cinq ans, qui succomba à une gangrène sèche du pied. M. Gamgée constata que les artères du membre présentaient une adhérence non usuelle avec les parties voisines. Un réseau formé par les *vasa vasorum* plus rouges et plus multipliés que d'ordinaire couvrait la tunique celluleuse. Des plaques calcaires incrustaient l'interstice entre elle et la moyenne. Puis la couche profonde de la tunique moyenne, ainsi que la tunique interne *détachées*, occupaient l'intérieur de la cavité vasculaire qu'elles obstruaient. Outre une apparence semblable à celle-ci à l'extérieur, les veines avaient leurs parois considérablement épaissies, et dans quelques points, dures comme un cartilage. L'intérieur était oblitéré par un caillot rouge et ferme. De la considération de la forme sèche et de l'oblitération artérielle, M. Gamgée conclut que probablement la maladie a commencé par les artères, et que les veines se sont obstruées en dernier lieu. Cette opinion est, à mon sens, la seule admis-

sible, car c'est ainsi que les choses se passent et doivent se passer dans l'immense majorité des cas, comme je l'ai démontré par les développements dans lesquels je suis entré.

La privation du sang artériel entraîne donc toujours et partout, la mortification des tissus.

Le principe est général, la loi est absolue, elle n'admet aucune exception.

Les chirurgiens le savent parfaitement, car dans toutes les opérations qu'ils entreprennent, ils se gardent d'en méconnaître la portée.

Les physiologistes expérimentateurs ne se montrent pas tout à fait aussi dociles en présence d'une vérité qui n'a d'autre tort que d'être d'une simplicité extrême. C'est pourquoi l'on a cru devoir formuler différentes objections pour restituer à l'influx nerveux une puissance qui ne lui appartient pas, qui ne saurait même lui appartenir.

L'honorable M. Fossion, entre autres, a commis cette erreur en disant que pour lui la gangrène spontanée n'est que *la paralysie du système nerveux de la vie organique*.

Heureusement que l'honorable M. Fossion a soin de nous dire dès le début que cette opinion n'est qu'une *hypothèse* combattue d'ailleurs par des *arguments dont la valeur paraît incontestable*; car sans cette précaution oratoire nous eussions pu croire que de nouveaux faits allaient se produire, et que notre manière de voir était menacée d'une réfutation complète. Mais il n'en est rien, et nous avons la certitude aujourd'hui que cette *hypothèse* n'aura jamais l'honneur de s'élever *au rang de théorie*, pour me servir des expressions de M. Fossion lui-même.

Pour étayer son système, notre honorable collègue suppose que toute gangrène spontanée se prépare de longue main, et que l'oblitération artérielle n'est jamais instantanée. Il semble en outre considérer l'ossification artérielle comme l'un des phénomènes habituels si pas indispensables de toute mortification de ce genre : or, cela est loin d'être toujours vrai, bien que cette double croyance ait eu longtemps cours dans la science. J'ai prouvé, ce me semble, que le contraire arrive non moins fréquemment, et les nombreuses observations que j'ai citées suffisent pour faire admettre que la gangrène spontanée observée dans l'épilepsie, dans le choléra, dans l'état puerpéral, et dans d'autres états pathologiques, a été tout à fait improvisée, et ne

peut être rattachée ni à l'oblitération vasculaire préparée de longue main, ni à l'ossification artérielle.

Les prémisses de l'honorable M. Fossion sont donc basées sur une erreur d'appréciation, ou plutôt sur un fait secondaire qui ne saurait revêtir les proportions d'un principe général ; aussi la suite de son argumentation va s'en ressentir.

Pour prouver que la gangrène spontanée n'est, comme il le dit, que la paralysie du système nerveux de la vie organique, M. Fossion s'est livré à l'expérimentation, et a voulu connaître l'effet des sections nerveuses.

Répétant l'expérience déjà faite par Schroeder Vander Kolk et par Muller, M. Fossion excisa une portion du nerf sciatique sur quatre lapins.

« La plaie produite par l'opération fut cicatrisée au bout d'une huitaine de jours, dit-il, et les animaux ont continué à vivre ; mais *au bout de deux à quatre mois*, les ongles des orteils ainsi que les poils se sont détachés ; des taches noires ou brunes se sont manifestées à l'extrémité digitée de la patte postérieure. Ces taches furent bientôt remplacées par des ulcères sarnieux dont le nombre augmenta tous les jours. Nul doute, ajoute M. Fossion, que dans les cas dont il s'agit, la gangrène n'ait été la suite de la paralysie de la patte postérieure. »

Ceci demande une explication.

La patte des lapins de M. Fossion s'est ulcérée au bout de deux à quatre mois, cela est vrai ; mais elle ne s'est point gangrénée ; mais le membre n'a point été envahi par le sphacèle, comme cela fut certainement arrivé, si au lieu d'exciser le nerf sciatique on avait lié et obliéré les artères de façon à imiter ce qui se passe dans la gangrène spontanée. Or, ce fait seul établit une différence capitale entre l'effet des deux ordres de lésions, et suffit pour nous prouver que l'influence nerveuse n'a pour ainsi dire rien à faire dans la production de la gangrène qui nous occupe.

Cela est tellement vrai que dans l'expérience tentée par Muller, ce grand physiologiste observa qu'après la section du nerf sciatique, chez les lapins, l'animal s'appuyait sur le talon de la patte paralysée, et que c'était précisément en cet endroit qu'il se produisit une eschare. Or, qui ne comprend que la cause réelle de cette eschare, c'étaient la pression anormale et les frottements multipliés que subissait le membre paralysé, et non la paralysie elle-même.

Il est impossible de conserver le moindre doute à ce sujet, quand on se rappelle les expériences nombreuses tentées pour éclaircir ce point de doctrine. Schröder Vander Kolk, entre autres, coupa le nerf sciatique et le nerf crural d'une des pattes d'un chien, et fit ensuite une plaie aux deux pattes. Le lendemain, la plaie du membre paralysé était plus sèche que celle de l'autre. Dans l'espace de trois semaines, cette dernière manifesta des phénomènes inflammatoires beaucoup plus intenses ; il survint de la suppuration, et des bourgeons charnus se développèrent, tandis que du côté paralysé la plaie qui était blafarde ne s'enflamma pas, et laissa exsuder une matière blanche qui forma croûte en se desséchant. Ainsi dans ce cas, malgré la section des nerfs sciatique et crural, non-seulement les plaies se cicatrisèrent, mais on n'observa ni ulcération ni gangrène, et cependant les membres étaient privés de l'influx nerveux. C'est que la nutrition est entièrement indépendante de l'influence nerveuse ; c'est qu'elle est le résultat d'une force inhérente à toutes les molécules vivantes, comme le prouvent les régénérations osseuses, puisque l'on n'est jamais parvenu à reconnaître des nerfs dans les os.

Un dernier fait plus concluant que les précédents, achèvera de prouver que la section des nerfs ne suffit point pour déterminer la gangrène, ce sont les opérations de ce genre, pratiquées sur l'homme lui-même. Ainsi MM. Malagotti, Velpeau, Jobert, Roux, Chelius et autres, ont réséqué le nerf sciatique pour combattre des névralgies incoercibles, et jamais ils n'ont vu la gangrène succéder à cette tentative hardie. Il y a eu paralysie partielle de la jambe et du pied, mais de sphacèle point.

Continuant son argumentation, M. Fossion se demande « s'il y a dans la science des faits dont il résulte d'une manière évidente que la gangrène a succédé à une maladie du système nerveux ? » Oui, répond notre honorable collègue, ces faits existent, et il en trouve la preuve dans ces douleurs vives lancinantes qui siègent dans la profondeur du membre menacé de mort. Cela est fort bien ! Mais je demanderai à mon savant contradicteur dans quel ordre de tissus il fait siéger ces douleurs, et par quel ordre de nerfs il en fait parvenir la perception au cerveau ? Évidemment il ne pourra mettre en jeu que les nerfs cérébro-spinaux dont les extrémités vont se perdre dans les tuniques vasculaires avec les *vasa vasorum* : or, ce seront des nerfs sensoriaux. Mais plus loin ; M. Fossion dénie aux nerfs sensibles et

moteurs toute participation quelconque dans la production de la gangrène. Il y a donc là une sorte de contradiction que je ne puis comprendre et sur laquelle je serais heureux d'obtenir quelques éclaircissements....

J'aborde maintenant un autre ordre de considérations pour répondre à des critiques d'un autre genre.

MM. Fallot et François me reprochent avec infiniment d'esprit d'avoir introduit de la poésie dans une note scientifique et d'avoir déguisé une hérésie physiologique sous les ornements d'un style trop fleuri. Certes, Messieurs, je n'aurai jamais la prétention de viser à l'infaillibilité, car je sais trop que notre boussole scientifique est sujette à des oscillations qui la détournent du pôle de la vérité, mais dans le cas présent, mes honorables contradicteurs m'ont fait dire une chose qui, dans ma Note, n'a pas le sens qu'ils lui ont donné. Vous allez en juger.

Après avoir signalé les phénomènes généraux qui en s'ajoutant à la mortification locale semblent vouer à la mort la généralité des victimes de la gangrène, j'ajoutai que « ces phénomènes généraux ne sont autres que les effets de la résorption des matières putrides produites par la décomposition des tissus. C'est donc là, disais-je, que se trouve le véritable danger, celui qui menace directement l'existence.

« Dans la gangrène *sèche*, les veines et les lymphatiques béants au milieu du foyer putride, aspirent sans cesse les fluides devenus libres, et les portent dans la circulation, où leur influence toxique ne tarde pas à se faire sentir. »

« Dans la gangrène *humide* au contraire, tous les petits vaisseaux gorgés de liquide *stagnant* ne peuvent s'en débarrasser, parce que, d'une part, la force motrice du cœur leur fait défaut, tandis que la vie suspendue dans des tissus privés du sang artériel, ne peut mettre en jeu les influences secondaires qui règlent la circulation capillaire : il y a donc stase et décomposition. *Mais sur les confins* des tissus vivants se retrouvent les mêmes vaisseaux plus actifs et plus affamés, qui attirent incessamment les matériaux putrides et les versent dans la masse en circulation, où ils portent un germe de destruction. »

Il ressort clairement de ce passage, ce me semble, que je n'ai placé le siège de la résorption putride que sur les confins de la gangrène, c'est-à-dire là où les tissus sont encore vivants et par conséquent soumis à un courant de sang artériel, si mince qu'en soit le volume, si entravé que soit son parcours. Or, personne

ne contestera, j'imagine, que cette circonstance suffit à elle seule pour permettre à l'absorption de se produire, et par conséquent aussi pour exposer le sujet à tous les dangers d'une infection. M. François, qui se gendarme tant contre mon langage, professe exactement la même opinion, puisqu'il *accorde une certaine part à l'absorption dans la production de la momification et reconnaît*, par cela seul, *la possibilité de l'infection putride*. Ce sont les propres paroles de notre honorable collègue ; ce sont les expressions dont il s'est servi. Or, si nous nous entendons aussi bien sur ce fait, ne suis-je point en droit de m'étonner de la petite leçon que le savant professeur a cru devoir me donner en m'apprenant que *l'absorption se fait à travers les parois des vaisseaux, par capillarité, par imbibition, par endosmose, quand ces parois vasculaires sont en rapport avec un liquide ?....* La question que je pose ici me semble d'autant plus rationnelle, que dans la gangrène humide, ces différentes conditions se trouvent réunies à souhait, et de telle façon, que la *capillarité*, l'*imbibition* ou l'*endosmose* ne rencontrent aucun obstacle. Pour formuler le thème de sa leçon, l'honorable M. François a choisi les phénomènes de la gangrène *sèche*, mais il n'a point songé à la gangrène humide qui se trouve dans des conditions opposées. C'était une lacune, et je me suis permis de la combler.

Que les vaisseaux absorbants n'ouvrent peut-être pas une bouche aussi grande que je l'ai dit par une sorte de licence, c'est ce dont je conviens bien humblement ; mais à mon tour je demanderai à mes deux honorables contradicteurs s'ils sont bien convaincus d'avoir tout dit et tout expliqué en avançant que l'absorption ne se fait que par endosmose dans les tissus envahis par un travail désorganisateur ? Je leur demanderai encore s'ils sont bien convaincus que toute absorption cesse quand l'impulsion du cœur ne vient plus entretenir la progression des liquides dans l'appareil vasculaire ? Cette double question est d'autant plus opportune, à mon sens, qu'il me reste quelques scrupules à ce sujet, scrupules partagés à la vérité par tous les physiologistes de cette époque.

Voici en effet ce que nous lisons dans le précieux ouvrage de Muller (tome 1, p. 189) : « Ni l'imbibition ni l'endosmose ne suffisent pour expliquer l'absorption des liquides, et non pas seulement la communication des substances qu'ils tiennent en dissolution. L'eau dans l'estomac doit certainement avoir de la

tendance à se répandre dans le sang des vaisseaux capillaires, et les corpuscules du sang doivent, en vertu de leur grande attraction pour ce liquide, prendre part à son absorption pendant leur passage à travers les capillaires. Mais l'absorption de dissolutions concentrées est totalement inexplicable d'après ces principes, par exemple, celle de la sérosité épanchée dans les cavités du corps, quand l'hydropisie vient à guérir. Il doit donc y avoir là des attractions organiques particulières de la part des vaisseaux lymphatiques ou des vaisseaux sanguins eux-mêmes. Que ces derniers soient susceptibles d'absorber en certaines circonstances, c'est-à-dire qu'ils possèdent la même action absorbante que les lymphatiques, c'est ce que prouve le passage des liquides nourriciers de la mère chez l'enfant, à travers les capillaires du placenta fœtal, car il n'y a aucune communication directe entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus..... »

Plus loin (p. 208) Muller ajoute : « le mécanisme de l'absorption est encore inconnu. La capillarité, dont on est si prodigue pour expliquer les phénomènes de l'économie animale, ne rend raison que de la réplétion des tubes capillaires, quand ceux-ci sont vides ou alternativement vides et pleins, et n'explique point l'ascension des liquides.... Il faut qu'une attraction quelconque entre en jeu dans le phénomène de l'absorption.... et sans nul doute, ce n'est pas une attraction physique, par exemple, la capillarité, c'en est une organique, que nous ne connaissons point encore... »

« La faculté absorbante des lymphatiques étant une propriété organique de ces vaisseaux, elle doit s'accroître ou diminuer par l'effet de certaines influences qui exercent leur action sur l'organisme... »

Ce n'est donc pas sans motifs que j'ai dit que les vaisseaux veineux et lymphatiques attiraient incessamment les matériaux putrides devenus libres dans la gangrène spontanée, et les versaient dans la circulation pour produire ensuite l'infection de tout l'organisme. Ce n'est donc pas tout à fait à tort que j'ai pensé que les mots d'imbibition, de capillarité et d'endosmose ne représentaient que très-incomplètement l'acte physiologique auquel je faisais allusion. Imbibition, capillarité et endosmose sont des phénomènes purement physiques, régis par des lois physiques, et propres à la nature morte aussi bien qu'à la nature vivante : mais dans celle-ci il y a autre chose que des lois physiques, vous devez le reconnaître ; il y a la vie, il y a la force

vitale, et j'ai déjà dit que l'on n'en tenait pas assez compte dans l'appréciation des actes que l'on a la prétention de vouloir toujours expliquer. Je me contenterai donc en ce moment de recourir à la formule favorite d'un physiologiste longtemps honoré, et dirai avec Adelon que « les absorptions se font par un mécanisme impénétrable, quoi qu'on en dise : tout ce que l'on peut assurer d'elles, c'est que les vaisseaux ne sont point passifs pour les produire, et que n'étant pas une action mécanique ni chimique, elle doit être dite organique et vitale. »

L'honorable M. François ne paraît point redouter l'infection putride dans la gangrène spontanée, parce que, dit-il, elle ne peut s'accomplir. Sur la limite du vif et du mort les vaisseaux lymphatiques et veineux sont flétris, oblitérés et non érodés ; et d'ailleurs si des liquides toxiques sont absorbés, ils sont éliminés par les émonctoires au fur et à mesure qu'ils pénètrent dans la circulation.

Cette doctrine est rassurante sans doute, mais pour qu'elle fût adoptée il faudrait qu'elle eût la sanction des faits : or, jusqu'à présent nous n'en possédons point d'assez concluants pour nous affranchir des justes appréhensions qu'inspire toujours l'imminence d'une infection septique. Les craintes que je manifeste ici sont partagées par tous les chirurgiens et particulièrement par M. Bégin qui a signalé tous les dangers de cet accident depuis bien des années. « Lorsque le mal est arrêté, dit-il, les parties mortes se trouvant en rapport de continuité avec des tissus irrités à un degré médiocre, dont la circulation capillaire est libre, active, et où s'opère une absorption fort énergique, cette force absorbante s'exerce sur les substances mortifiées que la décomposition attire de plus en plus, et dont les molécules transportées vers les parties centrales de l'économie vivante, ne tardent pas à déterminer en beaucoup de cas, des désordres secondaires graves ou même mortels. »

J'arrive maintenant, Messieurs, à la thérapeutique de la gangrène spontanée, et au moyen énergique que j'ai eu l'honneur de proposer. Ici encore j'ai le regret de me trouver en complet désaccord avec l'honorable M. François qui semble avoir pris le parti de censurer toutes mes idées, bien qu'en dernière analyse, il soit forcé d'en revenir aux mêmes conclusions. Ici le désaccord semble plus manifeste, puisque notre savant collègue ne vise à rien moins qu'à prouver que ma thérapeutique est généralement inopportune, insuffisante toujours, et parfois dangereuse.

Comme vous le voyez, Messieurs, la position est bien dessinée, et la couleur nettement tranchée ; aussi je ne m'en plains point. L'honorable M. François défend sa cause, dit-il, ou plutôt, celle de la science dont les intérêts doivent l'emporter en toute occasion sur ceux de notre amour-propre : je ne puis donc que l'imiter, en le suivant sur le terrain qu'il a choisi.

M. François se montre partisan de l'idée de MM. Piorry et Godin qui avaient conseillé dans le cas de gangrène humide, de placer le membre dans une position favorable à la circulation veineuse, et même d'établir une compression méthodique qui agit dans le même sens et favorisât tout à la fois la résorption des liquides infiltrés. Je déclare partager leur avis, dit M. François, dût cette position avoir pour effet d'introduire quelques gouttes, *et même beaucoup de sang prétendument contaminé* dans le torrent circulatoire !...

A cela, Messieurs, je n'ai rien à répondre, si ce n'est de souhaiter que peu de patients soient atteints de gangrène humide pendant que de pareilles idées auront cours dans la science.

M. François brave l'infection putride, et moi je la redoute comme le plus grand danger que courent les malades : voilà le dissentiment.

M. François veut s'efforcer de rappeler, d'entretenir la vie dans le membre mourant, peut-être même dans les parties mortes ; et moi je vise à sauver le corps, l'individu lui-même, en le préservant d'une toxicohémie plus redoutable que la gangrène elle-même : voilà le but que nous poursuivons.

M. François veut tout conserver, ce qui est impossible ; et moi je me résigne à faire la part de la gangrène, pour sauver la vie du sujet qui est essentiellement compromise, tout comme dans les grands incendies il faut faire la part du feu quand il est impossible de tout arracher à l'élément destructeur : voilà ce que nous faisons.

A la Société de Chirurgie de Paris, l'on a bien voulu s'occuper de mon travail, et on l'a même examiné avec une sévérité dont je ne puis qu'être extrêmement flatté. Eh bien ! là aussi, l'honorable rapporteur, M. le docteur Deguise fils, organe d'une Commission dont il faisait partie avec MM. Danyau et Denonvilliers, s'est exprimé de la manière suivante : « Il est hors de doute que la compression circulaire la mieux faite, ne peut que gêner l'arrivée du sang artériel, et par suite, l'établissement d'une circulation collatérale, tandis que cette même compression

doit singulièrement faciliter le départ du sang veineux et par conséquent la résorption des liquides infiltrés. » Après cela la Commission de la Société de Chirurgie manifeste les mêmes craintes que moi, à l'endroit de la résorption putride, et de l'infection qui en est la conséquence.

Je ne puis donc modifier en rien les opinions que j'ai émises, et sous ce rapport, je suis heureux de me trouver en parfaite communauté d'idées avec l'honorable professeur Lombard, qui pour moi fait autorité dans toutes les questions pratiques.

L'honorable M. François, ai-je dit dans ma Note, avait eu l'heureuse idée de faire un rapprochement entre les symptômes propres à la gangrène spontanée, et les phénomènes observés à la suite de la ligature de l'artère principale d'un membre. Malheureusement, ajoutais-je, M. François, comme tous ceux qui ont traité le même sujet, n'avait point songé à tirer de ce rapprochement toutes les conséquences pratiques qui en découlaient, de sorte que cette idée était restée improductive sous le point de vue thérapeutique. Cela est vrai, Messieurs, et quoique notre honorable collègue ait créé l'histoire de la gangrène spontanée, il n'a pas, j'imagine, la prétention d'avoir tout dit, tout fait, au point d'épuiser cet aride sujet. Sous le rapport de la médication il restait donc des desiderata nombreux, et sans nuire au mérite de son travail et de ses savantes recherches, j'ai cru qu'il m'était permis à mon tour de dire ce que je croyais, ce que j'avais vu, ce que j'avais fait. Or, si pour conserver un membre à la suite de la ligature du principal tronc artériel, il faut, comme je le disais, gagner du temps, favoriser l'établissement de la circulation nouvelle par une chaleur modérée, et surtout par l'éloignement de toute compression ; j'ai cru que dans la gangrène spontanée il était convenable de produire une *turgescence* qui provoquât un effort de la force vitale, dirigé exclusivement sur les voies nouvelles ouvertes à la circulation collatérale, et ce, dans le but bien déterminé d'arrêter la mortification sans perdre un temps précieux, c'est-à-dire sans attendre que l'organisme affaibli, achevât de s'épuiser dans un effort suprême de conservation.

C'est ce que j'ai obtenu par l'emploi du fer rouge ; c'est ce que M. le docteur Porsman a obtenu comme moi.

L'honorable M. François ne voit dans ces faits que des guérisons spontanées opérées *malgré* l'emploi du cautère incandescent. Il ne voit dans la cessation à peu près instantanée des

douleurs qu'un phénomène sans importance. Il n'admet qu'avec incrédulité ce fait non moins significatif que, dès le jour même, l'accès fébrile disparut, que l'accablement fut moindre, que les voies digestives se montrèrent moins souffrantes, et enfin qu'une bonne sueur d'élimination se produisit, tandis que la diarrhée cessa presque complètement. En vérité, Messieurs, s'il suffisait d'une dénégation pour juger les faits, l'emploi du fer rouge serait proscrit d'emblée, et les deux observations que j'ai rapportées seraient reléguées au rang des contes. Mais il ne saurait en être ainsi, et vous apprécierez convenablement les résultats obtenus par l'emploi de la thérapeutique qui nous a réussi.

La circulation artérielle s'exerçait jusqu'aux confins de la gangrène, dit encore M. François, par conséquent l'emploi du fer rouge était inutile. Évidemment, Messieurs, les tissus qui ont résisté au sphacèle recevaient encore un filet de sang rouge; sans cela, la gangrène en eût fait justice avant même que je ne fusse intervenu. Mais là n'est point la difficulté. Ce qu'il importe de se rappeler, c'est que la gangrène faisait des progrès, c'est qu'elle n'était point limitée et ne manifestait aucune tendance à borner ses ravages, c'est que le membre était froid, et que nulle part on n'apercevait le moindre courant sanguin. Comment donc M. François, qui n'a point vu le malade, peut-il affirmer aussi positivement que la circulation artérielle était plus que suffisante pour entretenir la vitalité du membre et pour le mettre en état de résister aux progrès de la gangrène? Évidemment notre savant collègue va trop loin, et malgré les études spéciales si approfondies auxquelles il s'est livré, je me permettrai de ne point admettre ses assertions sur ce point comme chose parfaitement démontrée.

Lorsque je me suis trouvé aux prises avec la thérapeutique admise et préconisée contre la gangrène spontanée, j'ai reconnu son insuffisance, et je l'ai dit naïvement. Mal m'en a pris, car cet aveu m'a valu une double semonce de la part de MM. Lombard et François qui m'ont accusé d'obéir à des préoccupations exclusivement chirurgicales, en oubliant les services rendus par la médication interne.

Le reproche est grave, Messieurs, mais je crois qu'il n'est pas tout à fait fondé. Je comprends peu les complaisances exclusivement chirurgicales, car pour moi la science est une, et ne se prête qu'à regret aux divisions qu'on lui impose. Il n'y a donc pas de chirurgie sans médecine, pas plus que la médecine ne

peut se passer du concours de la chirurgie : ces deux sciences convergent vers le même but. Mais de là à reconnaître l'efficacité d'un traitement généralement impuissant, il y a une distance incommensurable, et je me garderai bien de chercher à l'effacer par un rapprochement impossible. Que Dupuytren ait guéri, ou plutôt prévenu une gangrène spontanée par artérite et par plasticité sanguine au moyen des antiphlogistiques, je le comprends ; que l'on ait calmé les douleurs d'une gangrène imminente ou déclarée par les opiacés, je le comprends encore ; mais que l'on ait obtenu la dissolution d'un caillot obturateur par des médicaments internes, ou bien que l'on ait accéléré l'établissement d'une circulation collatérale par la seule puissance de la thérapeutique, c'est ce que je ne comprends plus. Sous l'influence des traitements préconisés, c'est la nature et la nature seule qui trace le sillon délimitateur entre le vif et le mort ; c'est donc la nature seule qui sauve les malheureux atteints de gangrène spontanée, sans que l'art puisse se flatter de leur être d'un secours efficace.

Voilà, Messieurs, ce que j'ai dit, rien de plus, rien de moins, et en m'exprimant ainsi, je crois n'avoir rien hasardé.

Les opinions que j'ai émises sur l'étiologie de la gangrène spontanée, sont en grande partie professées par notre savant collègue M. Fallot, qui pense comme moi, que la cause prochaine, directe, immédiate de la gangrène spontanée, consiste dans un obstacle à l'abord du sang artériel dans la partie affectée. Seulement, M. Fallot pense que la stase sanguine commence toujours par les capillaires, où le sang s'arrête, stagne, met un obstacle invincible à l'arrivée de nouvelles ondes vivifiantes, et produit ainsi la mortification.

Je me félicite, Messieurs, d'une communauté d'idées, qui pour moi est déjà un commencement de preuve de l'exactitude de mon interprétation. L'honorable M. Fallot a trop sérieusement médité sur les questions capitales de la physiologie pathologique, pour que je n'attache point un haut prix à son approbation ; aussi, c'est avec bonheur que j'ai entendu la déclaration de principes que je viens de rappeler. Cependant, je me permettrai d'objecter à notre honorable vice-président, que l'oblitération *initiale* des capillaires ne saurait se produire que dans certains cas spéciaux tels que l'ergotisme gangréneux, affection dans laquelle il est impossible de retrouver le caillot obturateur des artères. Hors de là, j'estime que les capillaires ne sont pris

que secondairement. Ce fait n'a du reste qu'une importance médiocre si l'on s'entend sur la cause essentielle du mal qui est le défaut de pénétration du sang rouge.

Un léger dissentiment s'élève entre l'honorable M. Fallot et moi, à propos de l'appréciation de quelques phénomènes physiologiques que j'ai cités dans ma Note, et qui n'auraient point la signification que je leur ai donnée.

Ainsi j'ai dit que Tondelier (le patient que j'ai opéré), était maréchal forgeron, c'est-à-dire que la nature de ses travaux exigeait un grand déploiement de force musculaire, *sans intermittence*, surtout de la part du bras gauche ; et j'ai ajouté que les artères habituellement comprimées par l'effort musculaire pouvaient perdre d'abord de leur capacité intérieure, pour s'oblitérer ensuite, si quelque cause constitutionnelle ou accidentelle venait se joindre aux entraves circulatoires que j'avais signalées. L'honorable M. Fallot considère cette explication comme inexacte, parce que, dit-il, loin de se rapprocher de leurs artères satellites pendant l'acte de leur contraction, les muscles s'en éloignent généralement ; parce que partout où il y aurait à craindre que cette contraction ne comprimât les artères, il existe une disposition anatomique particulière pour que cela ne puisse avoir lieu, exemples le passage de l'aorte à travers le diaphragme et celui de la crurale à travers l'adducteur ; parce qu'enfin pendant la contraction des muscles le sang artériel y est appelé, et que plus les contractions sont fortes et répétées, plus l'afflux du sang y est abondant ; que les artères y croissent en volume à mesure que l'action des muscles est plus prédominante, tandis que par contre, elles se rétrécissent dans les muscles condamnés à l'inaction.

Ici, Messieurs, je cesse d'être de l'avis de l'honorable M. Fallot, et voici pourquoi :

Il ne me semble nullement exact de dire que loin de se rapprocher de leurs artères satellites pendant l'acte de leur contraction, les muscles s'en éloignent. Cela n'existe pas surtout à l'avant-bras où tous les faisceaux musculaires sont emprisonnés dans une aponévrose solide, et cloisonnés par un ligament interosseux non moins résistant. Or, si avec cette disposition, l'on fait attention qu'un muscle énergiquement contracté perd dans sa longueur ce qu'il gagne en épaisseur, il est évident que l'avant-bras deviendra dur et tendu, et que les canaux creux compris dans l'épaisseur du membre seront affaissés, aplatis, et par conséquent

mis dans des conditions telles que toute circulation dans leur intérieur sera gênée ou même suspendue ; maintenant si cet acte se répète fréquemment, il est clair que l'habitude de recevoir moins de sang disposera aux stases, et constituera une cause éloignée d'oblitération artérielle. Il n'y a donc aucun rapprochement à établir entre ce qui se passe alors dans l'avant-bras, et les dispositions anatomiques de l'aorte traversant le diaphragme, ou de la crurale s'engageant dans l'anneau fibreux du troisième adducteur.

La contraction d'un muscle appelle le sang artériel, je le veux bien ; mais jamais le sang artériel ne pénètre dans un muscle contracté. Or, ce fait seul doit ici fixer notre attention, parce que, comme je viens de le dire, l'habitude d'une contraction prolongée chasse le sang du parenchyme musculaire comme si on l'exprimait d'une éponge.

Ce fait est tellement connu des accoucheurs, qu'il suffit pour leur faire redouter des accidents graves, pour l'enfant, quand des contractions énergiques et trop prolongées empêchent le sang de la mère d'arriver au fœtus, et le plongent ainsi dans un état asphyxique dont il est parfois difficile de le tirer.

C'est encore ce même fait qui constitue le danger principal de l'emploi du seigle ergoté chez les primipares, ou chez les femmes nerveuses, dont le travail se prolonge au delà des prévisions de l'accoucheur. Aussi, c'est pour prévenir tous ces accidents que la nature a voulu que les contractions utérines fussent intermittentes, et séparées par des intervalles assez longs pour que l'enfant continuât à recevoir le sang maternel jusqu'au moment où la respiration pulmonaire le mit en jouissance d'une vie propre et indépendante.

Disons enfin que c'est parce que la contraction musculaire s'oppose victorieusement à la pénétration du sang artériel, que nous nous empressons de provoquer des contractions utérines chaque fois qu'une femme est prise d'hémorragie après l'accouchement.

« Pendant la contraction des muscles, dit M. Fallot, le sang artériel y est appelé, et plus les contractions sont fortes et répétées, plus l'afflux du sang y est abondant. » Ceci n'est vrai que dans une certaine mesure, et pour autant que les muscles mis en jeu restent dans les bornes d'un exercice normal, comme cela se remarque pour les bras du boulanger et pour les jambes de la danseuse ; mais si la contraction est exagérée, si elle est trop

prolongée, et à plus forte raison, si elle est permanente, l'effet inverse se produit, et alors l'atrophie musculaire se déclare. C'est ce que notre honorable collègue M. Jules Guérin a mis en pleine évidence par ses admirables travaux sur les muscles contracturés et sur les infirmités auxquelles ils donnent lieu. Vous les connaissez, Messieurs, je n'ai donc pas besoin de vous en entretenir.

L'honorable M. Fallot n'admet pas que la contraction des muscles de l'avant-bras suffise pour diminuer notablement la puissance de la pulsation de l'artère radiale ; ou plutôt il admet le fait, mais il l'attribue, non à la pression exercée sur le vaisseau par les muscles contractés, mais à la gêne de la circulation artérielle produite par la plénitude des vaisseaux veineux. « Une preuve, ajoute-t-il, que la contraction musculaire ne suspend pas la circulation, c'est qu'en faisant jouer les muscles, on fait saillir en jet des veines le sang qui, pendant leur repos, ne coulait pas du tout, ou ne coulait qu'en bavant. » En vérité, Messieurs, j'éprouve quelque embarras à déclarer que je ne puis encore admettre cette explication, car le système veineux des membres étant toujours double, c'est-à-dire profond et superficiel, il s'en suit que si par suite de la contraction musculaire les veines profondes fonctionnent mal, il reste toujours la voie des veines superficielles qui est plus que suffisante pour éviter une plénitude susceptible d'arrêter ou de gêner le courant artériel. Maintenant, les choses ne se passent pas différemment quand pour activer le jet d'une saignée, on fait contracter les muscles de l'avant-bras. Le sang refoulé des veines profondes afflue dans les veines superficielles, et sort en jet parce que la ligature lui fait obstacle ; mais pour cela, il ne faut pas que la contraction soit permanente, car bientôt le jet s'arrêterait ; il faut, au contraire, que les mouvements musculaires soient modérés et fréquemment interrompus par des alternatives de relâchement qui permettent à la colonne de sang artérielle de se mouvoir librement.

L'honorable M. Fallot me pardonnera, j'espère, la liberté que j'ai prise de lui adresser les observations qui précèdent. J'ose croire qu'il les accueillera avec cette bienveillance qui ne l'abandonne jamais, et qu'il se gardera surtout d'y voir la moindre intention désobligeante de ma part. Notre savant collègue est trop haut placé dans la hiérarchie médicale pour avoir rien à redouter d'une lutte que je reconnais essentiellement inégale.

J'en dirai autant de la discussion que j'ai dû soutenir contre

nos honorables collègues MM. Lombard, François et Fossion. J'ai défendu mes opinions avec vivacité peut-être, mais je serais désolé qu'ils y trouvassent le moindre sentiment personnel qui s'éloignât de l'estime et de l'affection que j'ai pour eux. Avec de tels adversaires on lutte vigoureusement, mais après le combat, on leur tend une main amie.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à trois heures.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

Exposé de la situation administrative des provinces du Royaume, pour l'année 1854; 9 vol. in-8°.

LISTE des personnes admises à exercer les diverses branches de l'art de guérir dans les provinces du Royaume, pour l'année 1854; in-8°.

CATALOGUE des accroissements de la bibliothèque royale; 2 br. in-8°.

DISSERTATIO ophthalmico-medica inauguralis de perspicillis stenopacis, ad visum, obfuscata cornea turbatum, emendandum accommodatis, D^r H. Van Wijngaerden; Trajecti ad Rhenum, 1854. 1 br. in-8°.

DISSERTATIO ophthalmico-medica inauguralis continens de corporis vitrei structura disquisitiones anatomicas, enopticas et pathologicas; D^r Andries Doncan. Trajecti ad Rhenum, 1854, 1 br. in-8°.

Du PANNUS et de son traitement; par M. E. Warlomont. Bruxelles, 1854, 1 br. in-8°.

DE LA TUBERCULISATION générale aiguë chez l'adulte; par M. J. C. Gosset. Paris, 1854, 1 br. in-4°.

VERGLEICHENDE Untersuchungen über das Gehirn des menschen und der Wirbelthiere. Von d^r F.-E. Von Bibra. Mannheim, 1854, 1 vol. in-8°.

DE L'HYDROTHERAPIE appliqué au traitement de la fièvre intermittente; par M. le d^r L. Fleury, Paris, 1854, 1 br. in-8°.

TRAITÉ d'anatomie descriptive et d'histologie spéciale; par M. E.-M. Van-Kempen. Louvain, 1854, 1 vol. in-8°.

RECHERCHES sur la valeur thérapeutique de l'huile dite de proto-iodure de fer; par M. Putégnat. 1 br. in-8°.

MÉMOIRE sur le traitement des fractures non réunies et des difformités des os; par M. D. Brainard. Paris, 1854, 1 br. in-8°.

MÉMOIRES de l'Académie impériale de médecine. Tome 18°. Paris, 1854, in-4°.

ARCHIVES générales de médecine, publiées par MM. Follin et Lasègue. Le cahier de juillet 1854.

ANNALES et bulletin de la Société de médecine de Gand. Les 5^e et 6^e livraisons, année 1854.

ANNALES de la Société médico-chirurgicale de Bruges. Les cahiers de juin et juillet 1854.

ARCHIVES belges de médecine militaire; le cahier de mai 1854.

ANNALES de la Société de médecine d'Anvers; le cahier de juin 1854.

BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur; le cahier de mai 1854.

BULLETIN de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique; les nos 6 et 7 du tome XXI.

JOURNAL des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie; les nos 27 et 29, année 1854.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère, publiées par une société de médecins; le cahier de juin 1854.

NEDERLANDSCH LANCET; le n° 10.

ANNALES d'oculistique; la 6^e livraison du tome XXXI.

UNION médicale; les nos 76 à 90, année 1854.

LE SCALPEL; les nos 33 et 34, 6^e année.

GAZETTE médicale de Paris; les nos 26 à 30, année 1854.

ALLGEMEINE Medicinische Central Zeitung; les nos 47 à 56, année 1854.

JOURNAL de pharmacie, publié par la Société de pharmacie d'Anvers; le cahier de juillet 1854.

GAZETTE médicale de Strasbourg; le n° 7, année 1854.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale; publiées par les docteurs René Vanoye et J. Ossieur; la 12^e livraison, année 1854.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; le cahier de juillet 1854.

MONITEUR de l'enseignement; les n° 5 à 7 du tome 1^{er}, 3^e série.

LA PRESSE médicale belge; les n° 28 à 32, année 1854.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée; les n° 1 et 2, 6^e année.

RECUEIL de médecine vétérinaire pratique; le cahier de juin 1854.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques; le cahier de juillet 1854.

GAZETTE médicale de Liège; publiée par les docteurs Lombard et Boëns; les n° 11 et 13, année 1854.

EL SIGLO MEDICO. (Boletín de medicina y gaceta médica); les n° 26 à 29, année 1854.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie, rédigée par le docteur A. Dechambre; les n° 39 à 42, année 1854.

CENTRALEITUNG für die gesammte veterinärmedizin, les n° 2 à 5.



SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1834.

PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

La séance est ouverte à onze heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et approuvé.

I. — CORRESPONDANCE.

MM. De Meyer, Didot, Broeckx, Burggraeve, Graux, Gouzée, Mareska, Michaux et Pasquier s'excusent de ne pouvoir venir prendre part aux travaux de l'Assemblée.

M. le docteur Gosset exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant, et adresse à l'appui de sa demande un mémoire imprimé sur la tuberculisation générale aiguë chez l'adulte.

M. le docteur Laurent, de Frasnes, membre correspondant, transmet un travail relatif aux calculs des amygdales. — Commissaires : MM. Guislain, Van Coetsem et Burggraeve.

M. le docteur Lebert, de Paris, remercie l'Académie de l'avoir associé à ses travaux avec le titre de membre correspondant.

M. Bourguignon offre en souscription un ouvrage intitulé : Histoire de la nationalité belge. — Le prospectus est déposé sur le bureau à l'inspection des membres qui voudront souscrire à cette publication.

M. le docteur Putégnat, de Lunéville, offre un exemplaire de sa dernière publication, qui est intitulée : Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.

M. Michaux transmet, de la part de M. Bribosia fils, une observation relative à une tumeur érectile. — Renvoyé à l'examen de la Commission chargée de faire un rapport sur un autre travail de l'auteur.

M. le docteur Ludovic Hirschfeld, collaborateur de M. Bourgery, exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant et fait hommage d'un exemplaire de son ouvrage sur le système nerveux et les organes des sens de l'homme. — Renvoyé à l'examen de la Commission qui sera chargée de faire des présentations aux places de correspondants.

M. le docteur Bribosia fils, de Namur, demande le titre de membre correspondant.

M. le docteur Mathijssen adresse à l'Académie une réclamation relative à quelques passages du rapport de la Commission qui a été chargée d'examiner l'appareil plâtré pour le traitement des fractures. — Renvoi à la même Commission.

M. le docteur Vingtrinier, de Rouen, fait hommage de deux ouvrages relatifs aux aliénés dans les prisons et devant la justice, et au goître endémique dans le département de la Seine-Inférieure.

M. le docteur Crocq adresse un exemplaire de son rapport imprimé sur le concours pour la question au choix de médecine et de chirurgie, ouvert par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

M. le docteur Devergie fait hommage d'un exemplaire de la dernière édition de son *Traité de médecine légale et de son ouvrage sur les maladies de la peau*.

II. — PROPOSITIONS.

M. Tallois demande que, conformément au règlement, il soit fait tous les trois mois un appel des rapports arriérés.

M. le Président répond que le Bureau a été au delà en invitant, par lettres réitérées, les membres en retard de vouloir bien fournir leurs rapports, et il saisit cette occasion pour faire un nouvel appel à leur zèle et à leur bon vouloir.

MM. Seutin, Fallot et Tallois présentent encore quelques observations au sujet de cette proposition qui n'a pas d'autre suite.

M. le Président donne lecture d'une proposition de M. Thiernes, tendant à ce que l'Académie procède, à la prochaine séance, à la nomination de correspondants rëgnicoles.

Après quelques observations de MM. Fallot, Thiernes et Bellefroid, l'Académie décide qu'il sera nommé une commission de trois membres, à l'effet d'examiner s'il y a lieu de procéder à la nomination de nouveaux correspondants rëgnicoles, et dans le cas d'affirmative, de faire des présentations.

Il est procédé à la nomination de cette Commission, qui est composée de MM. Tallois, Thiernesse et Bellefroid.

III. — RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

1. M. HAIRION dépose le rapport de la Commission chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours sur l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris.

Ce rapport, ainsi que les mémoires, sont déposés au secrétariat à la disposition des membres de l'Académie jusqu'au jour de la discussion.

2. RAPPORT de la Commission chargée d'examiner un nouveau *speculum garni* et une pince œsophagienne à courbure mobile, présentés à l'Académie par M. le docteur DECHANGE. — M. MARINUS, rapporteur (1).

Messieurs,

L'Académie a reçu, dans sa séance du 29 juillet dernier, deux nouveaux instruments de chirurgie, un *speculum uteri* et une pince œsophagienné, qui lui sont soumis par M. le docteur Dechange. La Commission qui a été chargée de les examiner et dont je suis l'organe, a cru qu'il serait utile, pour faciliter votre appréciation, d'en donner une description suffisante que je puise dans la note qui accompagne cette communication. Vous pourrez d'ailleurs vérifier les détails dans lesquels je vais entrer, sur les instruments eux-mêmes.

1^o Le *speculum* modifié par M. Dechange, et qu'il nomme *speculum garni*, est celui de Récamier. Il aurait pu être indifféremment à deux, trois ou quatre valves.

Il présente, comme première modification, une tige de préhension brisée, à charnière, se mouvant au moyen d'un ressort à bistouri, ce qui réduit l'instrument à un volume peu considérable et le rend plus portatif.

Comme seconde et plus importante modification, l'extrémité du mandrin ou embout, est en ivoire, substance, dit l'auteur, bien

(1) La Commission était composée de MM. DE MEYER, MASCART et MARINUS, rapporteur.

préférable au buis qui s'imprègne promptement du moco-pus contagieux ou non sécrété dans le canal vulvo-utérin. Cet embout ne dépasse que très-peu l'orifice du tube, parce que, ajoute-t-il, « j'ai remarqué que l'embout ordinaire, et surtout celui du speculum bivalve de Charrière a, à cause de son excès de longueur, l'inconvénient grave de heurter le col utérin avant que le tube ne soit arrivé à la profondeur voulue, ce qui oblige à retirer le mandrin et à faire avancer le tube dégarni, au risque d'offenser les parties molles sur les bords tranchants de son orifice. »

Le corps du mandrin a été creusé pour y placer :

1^o Un porte-caustique brisé dont une des extrémités présente, au lieu de manche, une pince à curseur que l'on garnit d'une petite éponge ou d'une pelote de charpie pour absterger le col ou les parties malades.

2^o Une pince à branches entrecroisées destinée à retirer de la cavité du col utérin les portions de caustique qui y resteraient engagées. Cette pince offre sur chacune de ses branches une douille ou partie demi-cylindrique dans laquelle on engage l'extrémité des branches d'une pince ordinaire à pansement. Ces deux instruments, mis ainsi bout à bout, forment une pince longue très-facile à manœuvrer dans la cavité du speculum.

3^o Enfin le bouton terminal du mandrin, qui se devise, est évidé dans son intérieur, pour recevoir le caustique dont le chirurgien peut avoir besoin.

Comme vous le voyez, Messieurs, le speculum modifié par M. Decharge est le dernier terme de la simplicité et satisfait à toutes les exigences en réunissant tous les instruments accessoires qui n'avaient jusqu'ici pu trouver place que dans la trousse du chirurgien. Simplicité et utilité, tels sont les avantages qu'il présente.

2^o La *pince œsophagienne à courbure mobile* inventée par M. Decharge est destinée à venir en aide au chirurgien pour l'extraction des corps étrangers qui ont pénétré dans l'œsophage, opération qui est hérissée de difficultés avec les pinces droites ou à courbure fixe, et dont le principal inconvénient est de ne pouvoir, à cause de leur volume et de leur rigidité, s'engager entre le corps étranger et les parois du conduit qui l'étreint.

La pince de M. Decharge, à système entièrement neuf, satisfait à toutes les exigences : on peut, à l'aide de cet instrument, extraire du conduit pharyngo-œsophagien des pièces de monnaie,

des fragments d'os et d'autres corps étrangers, variables de grosseur et de forme. Elle se compose d'une pince à anneaux de dix-huit centimètres de longueur, sur les branches de laquelle sont fixées deux branches courbes longues de quatorze centimètres, se mouvant par une articulation à charnière, se prêtant ainsi avec une extrême facilité à tous les mouvements qu'on veut lui imprimer et par conséquent aux diverses courbures, variables d'ailleurs chez l'enfant et chez l'adulte, que présente la cavité pharyngo-œsophagienne.

Vous avez, Messieurs, cet instrument sous les yeux et vous pourrez ainsi en comprendre la manœuvre opératoire que l'auteur explique ainsi :

« Après avoir imprimé à l'instrument le degré de courbure nécessaire, en ayant soin de faire mouvoir les deux branches courbes à la fois *en tenant les mors de la pince exactement rapprochés*, on l'introduit, comme une sonde, pour faire le cathétérisme explorateur de la région obstruée ; on reconnaît la position du corps étranger, et, suivant les indications, on le pousse vers le ventricule, ou bien on l'extrait. Dans ce dernier cas, les branches de l'instrument, minces quoique suffisamment solides, sont engagées entre les parois du canal et le corps étranger que l'on retire, sans occasionner des déchirures et ces ruptures si souvent observées avec les anciens instruments. »

L'auteur prévient que les proportions qu'il a données à sa pince œsophagienne lui ont été fournies par des expériences répétées sur le cadavre et par un cas de succès très-heureux sur un enfant chez lequel il a enlevé en moins de dix secondes une arête de poisson profondément implantée que plus d'une heure de tentatives n'avaient point réussi à dégager par d'autres moyens.

Votre Commission pense, Messieurs, que des essais qui, comme ceux de M. le docteur Dechange, tendent à la fois à simplifier et à perfectionner les instruments de l'art chirurgical, ont droit à des encouragements de la part de l'Académie, et elle vous propose de lui voter des remerciements pour son intéressante communication.

— Les conclusions de la Commission sont mises aux voix et adoptées.

3. CONTINUATION de la discussion de la Note de M. Didot, relative aux gangrènes spontanées.

— M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion de la Note de M. Didot ; mais les principaux champions de cette discussion n'assistent pas à la séance.

— M. SEUTIN : Je voudrais cependant qu'on épuisât enfin notre invariable ordre du jour. Nous y voyons figurer sans cesse les gangrènes spontanées, les tumeurs du cou, le bandage plâtré.

— M. LE PRÉSIDENT : Si vous voulez parler aujourd'hui, nous reprendrons la discussion de la Note de M. Didot.

— M. SEUTIN : Je demande seulement que cet objet figure le premier à l'ordre du jour de la prochaine séance, afin que nous puissions en finir de cette interminable question.

— M. LE PRÉSIDENT : Ainsi vous désirez l'ajournement à la prochaine séance ?

— M. SEUTIN : Oui, M. le Président.

— M. FALLOT : Je désire, Messieurs, que la discussion continue ; peut-être M. Seutin pourrait-il dire quelque chose de nouveau ; mais dans l'état où la question se trouve, je ne crois pas que de nouvelles opinions puissent encore surgir, et dès lors l'absence ou la présence de M. Didot ne peuvent rien pour l'épuisement de la discussion. Je demande donc qu'on passe outre et qu'on termine aujourd'hui. Si l'Académie en décide ainsi, je demanderai la parole après M. Seutin, pour présenter de très-courtes observations.

L'Académie consultée, décide que la discussion doit être continuée.

— M. SEUTIN : Je regrette, Messieurs, de devoir prendre la parole aujourd'hui, bien que le sujet dont il s'agit ait déjà été mis si souvent à l'ordre du jour. Je regrette également de prendre la parole en l'absence de M. Didot qui a pris une part si active à cette question ; si le temps me le permettait, si je ne craignais d'abuser de la patience de l'Assemblée, j'analyserais d'un bout à l'autre son discours, et je le réfuterais. M. Didot ayant parlé pendant cinquante-huit minutes, je suis en droit d'attendre de l'impartialité de la Compagnie, qu'elle m'accordera le temps nécessaire pour répondre à son argumentation. Cependant, puisque vous m'accordez la faveur de m'entendre aujourd'hui, pour utiliser nos moments et en finir avec la question des gangrènes, je vais vous parler d'abord d'un fait qui a rap-

port à ce sujet et qui vous prouvera que les moyens indiqués par M. Didot ne sont pas toujours couronnés de succès. Il est vrai de dire que les causes qui amènent la gangrène peuvent être différentes et faire varier les effets d'un traitement quelconque. Je pense aussi qu'on attribue trop souvent aux moyens thérapeutiques, ce qui n'est que le résultat des efforts de la nature, comme on le voit si souvent.

A l'époque où nous discutons cette question à l'Académie, il se trouvait à l'hôpital Saint-Pierre plusieurs individus atteints de gangrène spontanée ; certains d'entre eux offraient toutes les conditions nécessaires pour expérimenter la méthode préconisée par M. Didot. L'un était un adulte atteint d'une tache de gangrène sur la partie interne d'une jambe, et, comme je l'ai dit plusieurs fois à M. François, depuis quinze ou vingt ans, j'ai employé le moyen dont il s'agit dans différents cas, et si notre collègue n'en a pas parlé dans la discussion, c'est par oubli.

Profitant de cette circonstance, le 19 décembre, je cautérisais par le cautère transcurrent cet individu que j'avais déjà cautérisé quelque temps auparavant, sans succès, avec le cautère olivaire (20 novembre).

Je dis sans succès, car malgré mes pointillés qui entouraient l'eschare, la gangrène avait continué sa marche.

(L'orateur soumet à l'Académie des dessins qui rendent compte en détail de la manière dont les choses se sont passées.)

Il y a loin de la gangrène du pouce décrite par M. Didot à ce que nous observons dans la gangrène spontanée ordinaire. Dans le cas que j'ai rapporté, tout a été circonscrit par le cautère transcurrent comme l'indique M. Didot, et cela n'a pas empêché la gangrène de s'étendre. Elle s'est arrêtée non par le fait de la cautérisation, mais par le fait de la nature ; tantôt elle a dépassé les limites que la cautérisation lui avait tracées, tantôt elle n'a pas atteint ces limites. Plus tard le membre s'est entièrement gangrené, et malgré toutes les cautérisations il a dû être amputé. Ce fait et d'autres, Messieurs, doivent vous prouver combien l'on attribue souvent à une méthode de résultats qui ne sont dus qu'à la nature.

— M. FALLOT : Je n'ai pas plus la prétention de convertir mes adversaires à ma manière de voir, que l'intention de leur en faire le sacrifice. Si je prends la parole, c'est pour la rétablir dans sa vraie acception, qui a été méconnue, et démontrer que, quelque précise, quelque catégorique qu'elle soit, elle est ce-

pendant loin d'être exclusive, comme on a paru le comprendre, qu'elle est; au contraire, très-conciliable avec toutes celles qui se sont fait jour dans cette discussion et qu'on n'a voulu y substituer, mais que je n'adopte pas, précisément parce qu'elles me paraissent, elles, trop exclusives.

Suivant moi, Messieurs, toute gangrène spontanée a pour cause prochaine, remarquez bien, je vous en prie, l'adjectif prochain, un obstacle à l'abord du sang dans les capillaires d'une partie : c'est une condition organique commune à toutes. Je ne comprends pas de gangrène spontanée sans cela.

Du moment où l'arrivée du sang artériel est empêchée pendant un certain temps, la partie qui en est privée se mortifie. Voilà ce que j'ai cherché à faire comprendre, mais j'ai dit expressément aussi que cette gangrène reconnaissait un assez grand nombre de causes éloignées; or, ce sont ces causes éloignées que quelques-uns des préopinants ont données comme les causes uniques, toujours les mêmes, et en cela je pense qu'ils se sont trompés.

Elles se résument toutes, si je ne me trompe, sous cette formule générale : tout ce qui tend à opérer le départ des éléments du sang dans les vaisseaux et à en séparer la matière spontanément coagulable, peut devenir cause de gangrène spontanée.

Les agents les plus communs de cet état organique sont un obstacle à la circulation, quel qu'il soit : une certaine viciation du sang; quelques cachexies, surtout l'alcoolique; le défaut d'influx nerveux, car s'il m'est permis de tirer des conclusions générales des expériences que j'ai faites, cet influx sur la circulation capillaire se borne à y accélérer ou retarder le mouvement du sang, et tout ce qui retarde le cours du sang au delà d'une certaine mesure, favorise la séparation de ses éléments. Je ne veux pas en dire davantage, je n'ai voulu qu'expliquer ce qui me paraissait ne pas avoir été bien compris.

Je me serais même abstenu, Messieurs, de revenir sur ces choses si elles ne me semblaient pas de nature à justifier ce que j'ai dit de la nécessité de recourir dans le traitement des gangrènes spontanées à plus d'un moyen et du danger de se fier toujours au même. La thérapeutique d'une maladie ne peut être heureuse que lorsqu'elle s'appuie sur une bonne théorie. Or, la conséquence rigoureuse de la mienne, c'est que la médication de la gangrène spontanée doit varier suivant les causes qui y ont

donné naissance, ce qui nous ramène nécessairement à la médecine des indications. C'est ainsi, par exemple, que si la gangrène reconnaît pour cause un sang vicié, il faut tâcher d'améliorer la composition de ce liquide. L'influx nerveux est-il en défaut, il faut chercher à l'activer. Existe-t-il un obstacle au cours du sang, l'indication est de l'enlever.

Je conçois que la gangrène spontanée puisse dépendre d'un flux trop abondant de sang dans une partie, d'un état hypérémique, peut-être même d'une espèce d'apoplexie locale. C'est en pareille circonstance sans doute qu'on y a si bien réussi par les saignées. Le principe de faire des saignées avait été généralisé par l'illustre Dupuytren et il ne manque pas de faits consignés dans les fastes de l'art où elles ont été couronnées du succès le plus complet dans le traitement des gangrènes spontanées. Je ne voudrais pas les recommander comme remède universel, mais je ne voudrais pas non plus les bannir d'une manière absolue. Pour en régler l'emploi, il s'agit de déterminer à quelle indication curative elles satisfont dans ces circonstances.

C'est ainsi aussi, et en tenant compte de la manière d'agir du feu, qu'on conçoit parfaitement qu'il y ait des cas dans lesquels on puisse y recourir avec le plus grand avantage. On sait quelle puissance cet agent déploie contre les progrès des gangrènes en général, et en tenant compte de toutes les circonstances où son usage s'y est trouvé utile, on pourra fixer d'avance les conditions auxquelles il peut être employé dans les gangrènes spontanées; mais de là à en faire une panacée, il y a toute la distance qui sépare la médication empirique de la médication rationnelle.

Par exemple, malgré l'incontestable puissance du feu, il échouera nécessairement là où la gangrène est produite par du sang altéré, là où il y a congestion active, là où la présence d'un caillot s'oppose à la progression du liquide et à sa libre pénétration dans les capillaires, etc.

Ainsi, Messieurs, pour me résumer et ramener à un point tout pratique ma part dans la discussion, pour traiter avec succès les gangrènes spontanées, il faut, à mon sens, agir suivant les cas, remonter dans chacun d'eux aux causes, abandonner la routine, renoncer à l'empirisme, ne pas avoir toujours et imperturbablement recours au même agent, ne pas inférer qu'il réussira partout de ce qu'une fois il a été utile. Enfin, pour être heureux dans le traitement de la gangrène spontanée comme

dans celle de toutes les autres maladies, il faut faire la médecine des indications.

— M. SEUTIN : Je n'ai pas voulu entrer le moins du monde dans toutes les théories qu'on a établies et que j'ai entendues avec infiniment de plaisir. Je partage l'opinion émise par l'honorable M. Fallot ; je pense que les capillaires et les artères collatérales sont tout aussi malades que les troncs eux-mêmes, et que par conséquent, aucun moyen n'est capable de provoquer le retour de la circulation dans les petits vaisseaux.

Je ne considère pas le fait rapporté par M. Didot comme une gangrène spontanée, semblable à celle que nous observons habituellement ; je le regarde comme une gangrène locale, résultant d'une inflammation des artères, chez un individu robuste qui aurait fatigué, commotionné cette partie dans les mouvements et les efforts violents exigés par sa profession de forgeron.

Je citerai un autre fait. J'ai vu à Belœil un malade auquel un de nos collègues avait amputé une jambe pour une gangrène sénile. Quelque temps après l'opération, la gangrène s'empara non pas de tout le moignon, mais seulement de la peau. J'ai circonscrit toute la peau mortifiée avec le fer rouge ; et à la partie postérieure, malgré le sillon que j'avais fait, le mal s'est développé et a gagné toute cette partie. La gangrène s'est arrêtée spontanément dans certaine partie des téguments au delà du sillon tracé par le fer rouge.

Dans ce cas-là comme dans l'autre, la nature n'a pas eu égard au feu et la délimitation s'est opérée sans avoir été influencée par cet agent.

— La discussion est close.

4. DISCUSSION du rapport de la Commission chargée d'examiner le Mémoire de M. le docteur VAN DE LOO, sur le bandage plâtré de M. le docteur MATHIJSEN. — M. DIDOT, rapporteur.

— M. LE PRÉSIDENT : L'Académie entend-elle commencer maintenant la discussion relative au bandage plâtré, à laquelle M. Seutin prendra probablement une large part ?

— M. SEUTIN : J'attendrai la décision de l'Académie. Vous avez accordé à M. Burggraave soixante-deux minutes et à M. Didot cinquante-huit ; il me faudra un temps double, car je ne puis laisser subsister une ligne de leurs communications. Ne

pourrions-nous pas réserver pour la séance prochaine l'analyse critique de ces travaux ? Alors ces messieurs seront probablement ici.

— M. LE PRÉSIDENT : Je consulterai l'Académie.

— M. FALLOT : Si M. Seutin est prêt à parler, je désire que la discussion commence. Je vois tous les avantages possibles à ce que M. Seutin soit entendu aujourd'hui : ses adversaires auront le temps de lire son argumentation dans le *Bulletin* et ils pourront répondre en connaissance de cause. Il est d'ailleurs impossible de remettre constamment les discussions, parce que tantôt tel membre, tantôt tel autre membre ne serait pas ici.

— M. SEUTIN : Quand des idées sont émises dans cette enceinte on les imprime dans le *Bulletin*, qui est envoyé aux Académies étrangères et répandu dans le public médical ; ce sont alors en quelque sorte des principes établis, et lorsque deux ans après, la réplique vient, on n'y fait plus attention. Il arrive ainsi que le Bulletin de l'Académie, qu'on me permette de le dire, sert à répandre des erreurs.

MM. Hairion et Michaux, membres de la Commission se sont réservé de présenter des réflexions sur la question scientifique.

— M. HAIRION : Je n'ai pas du tout mes apaisements sur les opinions qui ont été émises dans le cours du rapport de M. Didot ; l'expérience ne m'a pas permis de juger comparativement le bandage de M. Mathijssen ; j'ai vu des applications, mais elles ne me suffisent pas pour émettre un jugement définitif.

— M. SEUTIN : Messieurs, une Commission a été nommée, des expériences ont été faites dans plusieurs hôpitaux, j'ai demandé à diverses reprises à certains membres de la Commission de vouloir bien ne pas oublier le service de l'hôpital Saint-Pierre, où l'on aime à faire des essais. Je pourrais rapporter une cinquantaine de cas d'application du bandage plâtré. Eh bien ! le croiriez-vous, Messieurs ? on ne m'a pas fait cet honneur. J'ai prié un de mes internes de faire un relevé exact des cas traités dans le service chirurgical. Nous avons eu en tout quarante-et-un cas, et vingt-et-un cas dans la clinique externe. J'ai reçu une lettre de M. le professeur Pelikan, de Saint-Petersbourg. Ce professeur, pas plus que M. Pirogoff, n'est resté étranger à la méthode ; ils ont employé l'un et l'autre, le plâtre et l'amidon.

Ces deux collègues sont professeurs à la faculté de Saint-Peters-

bourg. M. Pirogoff avait déjà fait connaître les premiers essais de ma méthode, tels que je les avais énoncés en 1855. M. le professeur Pelikan, qui m'a accompagné dans toutes les Russies, en Géorgie, en Circassie et dans toutes les provinces Caucasiennes, ainsi qu'en Crimée, n'a rien négligé pour propager et perfectionner la méthode amov-inamovible. Voici la lettre qu'il m'adresse à ce sujet :

« Saint-Petersbourg, le $\frac{9 \text{ mai}}{27 \text{ avril}}$ 1854. »

« L'été dernier j'ai eu l'occasion d'expérimenter avec M. Everard l'application du bandage en plâtre de M. Mathijssen, et quoique convaincu de son utilité dans certains cas, j'ai reconnu quelques imperfections de cette méthode, par exemple, en ce qui concerne la préparation et le transport des matériaux employés, incision pénible du bandage appliqué et la difficulté laborieuse de son ajustement aux parties lésées après l'incision. Il est, au reste, sans contredit, que par sa dessiccation à la minute la méthode de M. Mathijssen présente sur le champ de bataille des avantages bien notés. Au commencement de cette année, l'application de ladite méthode fut aussi essayée par notre professeur Pirogoff, et ne lui donna que des résultats peu satisfaisants. En analysant l'action du plâtre, M. Pirogoff s'est adressé aux sculpteurs, et déduit que les compresses humectées de plâtre liquide et puis appliquées en forme d'attelles sur les membres, sèchent promptement, se solidifient, et une fois ajustées au moyen de bandelettes de Scultet ou d'une bande roulée, ou même par de semblables compresses posées circulairement, forment d'une manière prompte et simple un véritable appareil inamovible. Cet appareil est d'autant plus convenable au transport des opérés et au traitement des fractures compliquées, que le plâtre s'oppose plus que l'amidon à l'humectation. A l'instar de votre compression circulaire, exercée par la première bande roulée, M. Pirogoff entoure le membre par de vieux bas ou caleçons, ou toute autre chose semblable qu'on trouve à l'hôpital. Quant au procédé de l'incision, M. Pirogoff déchire le bandage après l'avoir préalablement humecté, on le coupe par vos ciseaux, en laissant entre les compresses des espaces qu'il enduit d'huile. Là où l'application du bandage exige plus de temps, comme par exemple pour une fracture de la cuisse ou de la jambe compliquée, M. Pirogoff retarde la dessiccation trop prompte du plâtre en le faisant préparer avec un peu de colle de menuisier, ainsi que font les mouleurs; vous pouvez en conclure, que M. Pirogoff, outre l'emploi d'une nouvelle substance, varie en quelque sorte votre méthode même, en rejetant par exemple l'*application méthodique* et primitive de la bande circulaire. Dans les fractures compliquées il fait de grandes ouvertures dès le commencement (je porte votre attention aux débuts de Malgaigne), c'est-à-dire dès l'application du bandage, ce qui est effectivement utile, quoiqu'il reste encore à savoir si ce moyen est aussi bon pour les malades que le sont vos petites ouvertures, si ingénieusement pratiquées dans votre bandage.

« Toutes ces circonstances m'ont obligé à une série d'expériences avec différents mélanges, qui auraient pu d'un côté ralentir la trop prompte dessiccation du plâtre et le faire d'un autre siccatif dans un temps déterminé, par exemple, dans quinze minutes à une demi-heure, de une à deux heures, etc. En me rappelant le bandage Lafargue, j'ai d'abord eu recours à un mélange de plâtre et d'amidon, mais je n'ai eu que des résultats peu favorables, parce que l'ne

pouvant produire une masse aussi durable que celle du plâtre seul, le mélange sans une forte quantité d'amidon (Lafargue), devient après s'être séché, très-fragile et émettant; 2° parce que l'amidon doit être toujours digéré, ce qui n'est pas toujours praticable sur le champ de bataille. La colle de menuisier doit être employée dans une très-petite quantité; pour une livre d'eau et autant de plâtre on ne prend que deux grains de colle. Le bandage enduit de cette masse, se solidifie en une demi-heure, tandis que, en ajoutant une plus forte dose de colle, la dessiccation s'opère trop lentement.

« Mais la meilleure de toutes les masses pour les bandages est sans contredit la dextrine ou l'amidon torréfié tout simplement à une température de 140° à 160° c. (Voyez *Traité de chimie* par Pelouze et Fremy, article *dextrine*.) Substance fort peu coûteuse, qu'on délaie dans l'eau froide (M) (de sorte que l'alcool, ou l'alcool camphré, suivant Velpeau, sont tout à fait inutiles) en proportion d'une once à une livre d'eau froide. C'est la dextrine mêlée au plâtre que j'emploie donc constamment et avec le plus grand succès, en suivant dans tout le reste strictement votre méthode sur toutes les menues particularités. Je forme mon bandage gypso-dextrineux ainsi :

« D'abord une bande circulaire (l'ouate, l'étope, etc.), puis des attelles en carton ou en gros papier enduites ou humectées de masse gypso-dextrineuse. Je prends un quart de livre de plâtre bien calciné et une livre d'eau, contenant une once de dextrine; le plâtre s'ajoute par petites doses, ensuite l'ajustement des attelles par une bande circulaire enduite de même masse. Ce bandage devient dur en un quart d'heure. Si l'on veut ralentir sa solidification on ajoute plus de dextrine, qui se dissout facilement, même ajoutée en excès; mais si au contraire la solidification doit s'opérer plus vite, la dose du plâtre est plus forte. Il n'y a rien de plus facile, que de faire l'incision de mon bandage; car dans l'endroit où l'incision se pratique, à chaque tour de bande, ou à chaque couche, je produis une impression du doigt et fais l'incision très-facilement, même plus facilement que d'un bandage amidonné qui doit toujours être bien sec et dur pour faciliter cette opération. Mon bandage s'ajuste aussi après l'incision très-facilement, et une fois ajusté, il contient mieux les fragments et contribue à une immobilité des parties fracturées. Si vous avez la bonté de faire quelques épreuves avec la masse gypso-dextrineuse, vous conviendrez, j'espère, que j'ai raison.

« Je trouve aussi que la modification de votre appareil faite par le docteur Merché (Voyez *Archives de méd. m^{re} belge*, nov. et déc. 1853), pour le transport des blessés sur le champ de bataille, est très-praticable; mais je fais recouvrir les attelles en carton par une couche de toile et le fais peindre à l'huile et enduire de vernis. Cela est simple, facile et commode pour le transport outre l'imperméabilité. De plus, cet appareil rend inutile l'emploi des attelles métalliques; et pour son application, il faut une bande roulée, de l'ouate ou de l'étope et encore une bande externe que j'enduis de la masse gypso-dextrineuse au moment de son application. Dans un quart d'heure, tout au plus une demi-heure le bandage est solide, et le blessé peut être transporté sans danger:

« Les bandages décrits se font pour nos blessés. Je voudrais bien savoir votre opinion là-dessus, mon illustre maître, et en cas que vous trouviez que les modifications que je fais subir à votre bandage sont avantageuses, je vous prie de vouloir bien les présenter à votre savante Académie. »

« Dr. EUGÈNE PERLIN. »

De tout temps j'ai demandé à cor et à cris que l'on cherchât

à obtenir un agent quelconque capable de dessiccation instantanée ; chacun s'est mis à l'œuvre et on a fait bon accueil à tout ce qui était autre chose que l'amidon ! Ainsi la dextrine de M. Velpeau, le plâtre mêlé à l'amidon de M. La Fargue de Saint-Emilion, la gutta-percha ont eu la vogue.

Dernièrement est arrivé le plâtre ; on s'en est montré aussi très-enthousiaste ; c'était l'agent par excellence. Je ne nie pas que le plâtre ne puisse être très-utile lorsqu'il est bien approprié, mais il a excité un enthousiasme incroyable, qu'il est loin de justifier. L'amidon, pour l'un, provoquait la gangrène ; l'autre lui reprochait que le membre ne pouvait pas être mis à découvert ; aujourd'hui, on cite vingt-cinq ou trente applications du bandage plâtré et on ne parle plus de ces inconvénients qui ont tant de fois retenti à vos oreilles. On lui reprochait qu'on ne pouvait pas voir le membre quand on le voulait. Un honorable membre nous disait constamment : je veux voir le membre fracturé le matin, le midi et le soir, si cela me convient. C'est alors que je me suis décidé à employer de forts ciseaux pour couper le bandage. Eh bien ! chose étonnante, depuis qu'il s'agit de plâtre le membre peut rester couvert. On dit que dans les fractures simples rien n'est comparable au plâtre ; mais, Messieurs, j'ai reconnu cent fois que dans les fractures simples, toutes les méthodes sont bonnes, seulement la mienne procure beaucoup de facilité. On dit aussi que le plâtre a une grande supériorité parce que la dessiccation a lieu à la minute ; eh bien ! je porte le défi aux partisans du plâtre, aux partisans de la gutta-percha, aux partisans de toute autre substance, d'obtenir la dessiccation et d'établir l'immobilité plus vite que par ma méthode. Si le mauvais vouloir ou l'indifférence n'avait pas empêché qu'on se rendit à l'hôpital Saint-Pierre, on aurait vu que lorsqu'un membre fracturé est enveloppé du bandage amidonné depuis moins d'un quart d'heure, on fait de ce membre tout ce qu'on veut. J'ai pris des enfants qui avaient la cuisse cassée et je les ai jetés d'un lit sur un autre, immédiatement après son application, et cela sans leur faire éprouver de la douleur.

On dit que le bandage amidonné peut produire des engorgements à cause des bandes appliquées circulairement ; mais on en applique également dans la méthode plâtrée ; c'est par une bande circulaire que l'on commence ordinairement.

Eh ! Messieurs, tous les corps qui s'appliquent autour d'un membre peuvent produire le même inconvénient : entourez la

jambe d'une bande quelconque ; le lendemain ou le surlendemain, vous trouverez le pied gonflé si elle est mise sans précaution. On reproche au bandage amidonné d'offrir après son application de la flexibilité, de céder, de se laisser modifier. Oui, Messieurs, cette propriété existe même encore après la dessiccation complète, surtout si on humecte les bandes avec de l'eau, et c'est un des avantages que mon appareil présente sur le bandage plâtré. Celui-ci est complètement inflexible : tel qu'on l'a mis d'abord, il doit rester. Le bandage amidonné, au contraire, peut être modifié selon les indications et selon les changements qui s'opèrent dans l'état du membre. Je dis donc que c'est un des grands avantages du bandage amidonné que de conserver toujours un peu d'élasticité.

On est aussi venu soutenir, et c'est l'honorable M. Burggræve qui l'a dit, que la coaptation était toujours régulière, qu'elle était parfaitement établie, dès qu'on faisait l'extension et la contre-extension. Mais, j'en appelle à votre expérience et au sens commun, croyez-vous qu'en faisant l'extension et la contre-extension, la coaptation soit toujours juste ? Non, il faut examiner d'abord la nature des fractures. Vous aurez beau tirer sur le bras et l'avant-bras, lorsque la fracture existe dans le voisinage d'une insertion musculaire ; dans ce cas la contractilité ne pourra être vaincue par les tractions, il faudra en outre ramener les os à l'état de juxta-position.

Je ne partage donc pas l'avis de M. Burggræve. Il faut que la coaptation non-seulement soit bien faite au moment même de l'application, mais qu'elle soit toujours exactement maintenue au moyen du bandage.

L'honorable M. Didot combat l'extension et la contre-extension permanentes. Il faut, dit-il, à M. Seutin un temps plus ou moins long pour obtenir un résultat, tandis qu'avec le bandage plâtré il suffit que la dessiccation soit établie pour maintenir les fragments. Mais croyez-vous que dans une fracture oblique de la cuisse, chez un homme fortement musclé, on puisse si facilement vaincre l'action des muscles qui tiennent d'un côté à la jambe et de l'autre au bassin ? Ces muscles ont une force bien supérieure à celles qui opèrent l'extension et la contre-extension ; ils ne cèdent pas aussi facilement que l'on veut bien le dire.

Ici le grand avantage que vous attribuez au bandage plâtré de se dessécher à la minute, devient une imperfection dans beaucoup de circonstances. Je viens de parler d'une fracture oblique.

Eh bien ! dans ce cas, pour avoir le temps de faire céder les fibres musculaires, que faut-il faire ? Il faut retarder la dessiccation ; il faut suspendre des poids assez puissants au pied d'une part, au bassin de l'autre, pour fatiguer les muscles pendant cinq, six ou huit heures. Et pendant ce temps que fait le bandage amidonné ? L'humidité s'en évapore, il se dessèche ; car il ne faut pas penser qu'on applique ce bandage comme on le faisait jadis : on y met moins d'eau ; on tâche de donner une bonne forme aux cartons ; on les enduit d'amidon un peu clair. Déjà ces cartons deviennent un moyen d'empêcher les muscles de se rétracter. Mais le grand moyen, c'est de maintenir l'extension et la contre-extension. Je parle surtout ici des fractures de la cuisse et du col du fémur. Voulez-vous dans ces cas ne pas avoir de raccourcissement ? J'ai indiqué la méthode à suivre pour obtenir ce résultat. Sans doute on ne mettra pas un vieillard à la torture pour l'empêcher de boiter ; mais à une jeune personne, à un homme dans la force de l'âge, on peut éviter une forte claudication.

Je ne puis admettre qu'on arrive à des résultats plus avantageux par l'emploi du plâtre à cause de sa rapide dessiccation. Aussitôt que les cartons sont bien mis, que vous leur avez donné la forme du membre et que vous les avez maintenus au moyen des bandes et fortifiés par des cartons secs, vous pouvez faire ce que vous voulez, les fragments sont maintenus de manière à ne plus se déranger. Ce résultat est obtenu rapidement et je défie MM. Van de Loo, Didot et Burggraeve de faire un pansement plus vite que moi et surtout de le maintenir plus solidement.

Mais, dit-on, le bandage plâtré prend plus exactement la forme du membre, et par conséquent un autre grand avantage qu'il a sur le bandage amidonné, c'est qu'il a plus d'élégance ! Messieurs, si l'on m'avait dit cela dans une conversation particulière, j'aurais cru que c'était une plaisanterie. Mais on l'a imprimé ! Le jour où je voudrai me montrer ami du luxe et de la prodigalité, rien ne m'empêchera de recouvrir mon bandage amidonné de calicot, de soie, de satin blanc. Mais j'ai honte vraiment de venir parler d'élégance et de coquetterie en pareille circonstance. Ce qu'on critique ici dans mon procédé est précisément un de ses avantages les plus grands ; car pour établir mon bandage je trouve partout des éléments : un morceau de toile grise, des morceaux de sacs, des vieux mouchoirs hors d'usage, tout peut servir. Et l'on m'en fait un reproche ; on vient dire que le ban-

dage plâtré est plus élégant ! Je n'en dirai pas davantage sur ce sujet.

On parle d'élégance, mais on ne parle pas d'économie ; et voilà cependant un grand point, un des avantages du bandage amidonné, c'est que vous en trouvez partout les éléments, chez le pauvre comme chez le riche ; car partout on trouve de l'amidon, de la farine, du pain et du linge usé.

Si c'est à l'amidon qu'on en veut, nous n'en parlerons plus, nous parlerons de la farine. Eh bien ! la farine se marie à tous les linges quelconques ; tout ce qui ne convient plus qu'à faire du papier peut servir à confectionner le bandage avec la farine. On obtient ainsi un appareil très-économique et surtout très-efficace, ce qui vaut mieux qu'un appareil élégant.

Ces messieurs semblent avoir toujours été dans l'abondance, tandis que nous, on nous reprochait d'user d'une trop grande quantité de linge. Pour moi, tout est bon et mon bandage coûte très-peu.

Lorsque M. Burggræve a commencé à parler du bandage ouaté il a dit : « Ma méthode est celle de M. Seutin. »

La deuxième fois, il avait trouvé des modifications, et la troisième, il y avait une métamorphose complète ; c'était le bandage Burggræve, c'était l'œuvre d'un génie chirurgical nouvellement révélé ! Mais il y a toutes sortes de génies ; il y a de bons et de mauvais génies : je vous laisse apprécier, Messieurs, dans quelle catégorie il faut ranger le génie dont il est question.

M. Burggræve applique sur le membre plusieurs couches d'ouate, pour éviter la compression, puis il serre avec force pour obtenir la compression, et il *prétend la régulariser* ; mais ou bien ses couches d'ouate ne sont pas assez épaisses, et il comprime irrégulièrement, ou bien elles le sont trop, et il ne comprime plus du tout. Du reste, nous savons que la contension est d'autant plus difficile, que les parties molles, les parties susceptibles de céder offrent une épaisseur plus considérable ; et dans le bandage ouaté on augmente encore cette épaisseur, qui est un véritable inconvénient apporté à l'efficacité du traitement. Les extrémités osseuses peuvent se déplacer au milieu de ces épaisses couches d'ouate, elles peuvent s'incliner diversement, surtout si la fracture est oblique ; il est vrai que M. Burggræve, qui fait bon marché de la coaptation, ne doit pas grandement s'en inquiéter. L'observation suivante appuie ce que je viens de dire :

C'était à l'hôpital de Gand à l'époque des examens, il y a de cela deux ans. Je me trouvais avec M. le professeur Rossignol dans les salles de la clinique chirurgicale, attendant M. Burggraave, et accompagné de son interne. Nous y vîmes un jeune homme de seize à dix-huit ans, qui marchait à béquilles et avait un membre fortement raccourci. Je m'écriai en le voyant : voilà un cas de luxation spontanée. L'interne de M. Burggraave me répondit que ce n'était pas cela, mais bien le résultat d'une fracture de cuisse. Nous demandâmes à l'examiner ; on le coucha sur le lit, et à notre grande surprise, nous vîmes à la partie moyenne de la cuisse, une tumeur considérable, formée par un cal irrégulier ; un morceau d'emplâtre agglutinatif recouvrait la partie externe de cette tumeur.

Je demandai à l'interne ce que signifiait ce morceau d'emplâtre. Il me répondit qu'il recouvrait un petit bouton. Je l'enlevai et je vis que ce petit bouton n'était que l'extrémité du fémur qui avait perforé la peau. L'interne nous dit que ce jeune homme était resté plus de sept semaines dans le bandage ouaté, qu'on avait ôté seulement depuis quelques jours. Voilà un de ces faits dont on se garde bien de relater l'histoire. On a appliqué le bandage ouaté ; on a maintenu l'immobilité ; les os se sont déplacés, grâce aux épaisses couches d'ouate qui leur en laissaient la faculté, et on n'a pas constaté leur déplacement. A moins qu'on n'ait de nouveau cassé le membre et qu'on ne l'ait soumis à l'extension et à la contre-extension, ce jeune homme doit se trouver encore dans le même état, atteint d'une forte claudication. A la prochaine séance, j'espère, Messieurs, que M. Burggraave nous en donnera des nouvelles.

Voilà ce qui arrive quand il y a autour du membre tant d'éléments qui peuvent céder.

Avec le bandage amidonné, au contraire, le carton et les bandes roulées amidonnées sont là qui maintiennent les fragments dans la position qu'on leur a donnée.

Dans certains cas nous avons aussi employé l'ouate ou plutôt l'étaupe dont par économie nous faisons usage.

Nous avons fait cela bien longtemps avant M. Burggraave et si nous n'avons pas généralisé l'emploi de l'ouate, c'est que nous lui avons reconnu de grands inconvénients. Du reste, cette généralisation a été opérée par M. le docteur Frédérick de Courtrai, en 1847, deux ans avant que M. Burggraave n'en parlât, et il ne l'ignore pas, puisque lui-même a cité le nom de ce médecin

dans une note insérée dans le dernier Bulletin de l'Académie. Il est vrai qu'il a attendu, pour le citer, que cet honorable confrère fût mort. M. Merchie l'avait aussi appliqué avant M. Burggraeve et celui-ci a dû en voir l'application à l'hôpital militaire de Gand.

Avant de terminer, Messieurs, je reviendrai encore sur la solidification instantanée. On peut l'obtenir par le bandage amidonné, tout aussi bien que par le bandage plâtré, avec la seule différence qu'elle est entièrement à la volonté de l'opérateur. Nous avons eu recours depuis plus de dix ans à des cartons secs et à des coques préparées d'avance et appliquées au-dessus de l'appareil. Ce moyen est parfaitement efficace, et tous ceux de nos confrères qui sont venus à l'hôpital Saint-Pierre ont pu s'en convaincre.

Depuis peu de temps ce moyen a été préconisé par M. le docteur Merchie pour le service militaire, dans lequel je le crois appelé à rendre de grands services. M. le docteur Merchie ignorait sans doute que je faisais usage de ce moyen, bien longtemps avant qu'il ne le publiât, car il n'a pas, comme certains confrères, la prétention de s'attribuer ce qui ne lui appartient pas.

— M. LE PRÉSIDENT : M. Seutin, voulez-vous continuer dans la prochaine séance ?

— M. SEUTIN : Bien volontiers, M. le Président. Il me reste à suivre MM. Didot et Burggraeve dans leur argumentation et à les réfuter point par point.

J'ai dû me borner aujourd'hui à des considérations générales, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire en commençant.

— M. LE PRÉSIDENT : M. Seutin continuera dans la prochaine séance.

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES : En 1837, Messieurs, j'ai été chargé par M. Seutin de présenter à l'Académie des Sciences, son travail sur le bandage amidonné et j'ai donné communication de divers usages du plâtre dans les fractures. J'ai d'abord imaginé de glisser du plâtre dans les ouvertures du bandage ; ensuite Blandin l'a fait à mon instigation.

Enfin, nous en sommes revenus au bandage amidonné, parce qu'il présente plus de souplesse.

— M. SEUTIN : Je remercie M. Leroy de ses observations, mais je désire ajouter un mot, c'est que le plâtre est très-difficile à se procurer et aussi difficile à conserver en bon état.

Ensuite si, avec le plâtre, vous avez serré un peu trop, ou si

du gonflement survient, vous ne pouvez plus y remédier ; si vous avez commis une irrégularité dans la réduction ou dans l'application du bandage, vous ne pouvez plus la réparer ; avec la farine, au contraire, vous pouvez toujours revenir sur ce que vous avez fait, vous pouvez ajuster votre bandage d'une manière parfaite. Cela est impossible avec le plâtre, qui sèche instantanément et qui n'offre aucune ressource, pour opérer quelques modifications.

— La discussion continuera dans la prochaine séance.

IV. — LECTURES.

1. NOTE sur l'effet de l'acide arsénieux dans le traitement de la cachexie paludéenne, communiquée par M. le docteur DECAISNE, membre correspondant.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat d'une expérience que je viens d'entreprendre sur l'emploi de l'arsenic dans le traitement de la cachexie paludéenne.

Depuis la publication de l'article du docteur Tschudi, les esprits se sont beaucoup occupés des toxicophages, qui doivent, dit-on, leur air de fraîcheur et leur embonpoint à l'usage habituel qu'ils font de l'arsenic dans les montagnes de l'Autriche, de la Styrie, de Salzbourg et du Tyrol. C'est d'une part la lecture de la note de M. Tschudi, de l'autre une communication déjà ancienne de M. Cambessèdes à l'Institut de France qui m'a engagé à employer l'arsenic dans la cachexie paludéenne.

L'Académie se rappelle, en effet, que le même agent employé à haute dose avait été recommandé par plusieurs agriculteurs du midi de la France contre la pleurésie chronique et la cachexie des moutons. On sait encore que l'arsenic a été préconisé dans le traitement des fièvres intermittentes. Il était donc intéressant d'apprécier de nouveau son action et de s'assurer si les faits avancés par le docteur Tschudi pouvaient se confirmer dans la cachexie paludéenne.

L'occasion était favorable, car par suite des pluies continues de l'été, l'hôpital de Malines avait reçu un grand nombre d'hommes atteints de cachexie paludéenne. Je crus donc utile de vérifier sur eux l'action de l'arsenic au double point de vue de la guérison et de l'embonpoint qui devait en résulter.

Pour arriver à plus de certitude, je partageai les fiévreux de mon hôpital en deux catégories. Les malades dans les deux ca-

tégories avaient été atteints de fièvre intermittente, et conservaient, quoiqu'il n'en ayant eu aucun accès depuis un mois, la pâleur et la teinte jaune bistrée particulière à la cachexie paludéenne; le pouls était petit et la rate plus ou moins engorgée par suite des fièvres antérieures.

L'alimentation à laquelle ces malades étaient soumis depuis quelque temps consistait en une demi-portion, mais à partir du mois de juin je fis prendre chaque jour le matin une pilule composée de $\frac{1}{20}$ de grain d'acide arsénieux, à ceux sur lesquels je voulais essayer cette substance.

Pendant les cinq premiers jours de l'administration de ce médicament, je n'observai rien de particulier malgré une attention très-scrupuleuse et un interrogatoire varié. Mais à partir du sixième jusqu'au vingtième, je constatai une plus grande pâleur de la face, du gonflement aux pieds et aux jambes, ainsi qu'une certaine faiblesse du pouls; à leur interrogatoire, les malades se plaignaient invariablement d'une sensation de froid dans la région dorsale et d'une lassitude générale. Je reconnus distinctement enfin de l'œdème aux malléoles, des suffusions séreuses aux jambes, aux cuisses, dans les bourses, et sur plusieurs d'entre eux une semblable affection dans l'abdomen ou dans la poitrine. En présence de ces graves accidents, force me fut d'abandonner l'usage de l'acide arsénieux, d'autant plus qu'aucun de ces phénomènes ne s'était manifesté sur les malades de l'autre catégorie.

À la suite de cet insuccès, et pour en atténuer les mauvais effets, je crus utile d'administrer à chacun des malades soumis à l'action de l'acide arsénieux, une poudre composée de vingt-cinq centigrammes de sulfate de quinine mêlés à une quantité égale de sulfate de fer. Je prescrivis le repos au lit, et deux soupes pour alimentation.

Deux ou trois jours après, et sous l'influence de ce nouveau médicament, je vis les urines augmenter considérablement, et le gonflement des jambes ainsi que les suffusions séreuses disparaître pour ainsi dire à vue d'œil.

L'Académie remarquera que ce retour à un meilleur état ne peut être attribué ici au régime alimentaire, car au lieu de le rendre plus abondant et plus substantiel, il avait été au contraire diminué au moment où je soumettais les malades à l'action du sulfate de quinine uni à celui du fer.

Cette expérience, incomplète sous certains rapports, mais qu'il

eût été téméraire de prolonger, me permet cependant de conclure :

Que l'acide arsénieux ne possède pas les qualités fébrifuges du quinquina comme on l'avait avancé ; qu'il ne peut remplacer le sulfate de quinine, ni dans la cachexie paludéenne, ni dans les fièvres dites à quinquina ;

Que l'acide arsénieux ne semble pas diminuer l'engorgement de la rate ;

Que loin de procurer aux convalescents de fièvre intermittente un teint frais et de l'embonpoint, cette substance semble augmenter davantage encore leur pâleur et amener des suffusions séreuses ;

Qu'enfin dans les cas de fièvre intermittente où l'acide arsénieux a été suivi de succès, le bien-être peut être attribué soit au repos, soit au régime spécial auquel les malades se sont trouvés soumis.

— A la demande de M. Carlier, la discussion de cette note est ajournée à une prochaine séance.

2. Méthode éclectique et rationnelle de traitement des rétrécissements de l'urèthre ; par le docteur LEROY-d'ÉTIOLLES, membre correspondant.

La tendance dominante dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, est d'appliquer à tous, indistinctement, une méthode uniforme, au lieu de varier les moyens et les procédés, suivant les espèces, les variétés, les degrés, les nuances de la maladie. Je me suis efforcé dans tous mes écrits de combattre cette tendance et de faire sentir la nécessité de l'*éclectisme*, qui est imposé au chirurgien par l'absence de démarcations suffisamment tranchées entre les différentes formes et degrés des rétrécissements, et par l'impossibilité de calculer à l'avance l'effet du mode de traitement qui sera mis en usage.

Pour que les classifications des maladies basées sur la nature des altérations anatomo-pathologiques fussent aussi importantes qu'elles sont curieuses, il faudrait que cette nature fût reconnaissable autrement que par l'autopsie ou par le résultat du traitement ; or, la nature des rétrécissements de l'urèthre ne peut se décélér que par l'une ou l'autre.

Lorsqu'une coarctation est arrivée à un tel degré qu'elle bouche complètement l'urèthre, il importe assez peu de savoir si elle est formée par un tissu inodulaire, par un épaississement de la

muqueuse et du tissu sous-muqueux, par un épanchement de lymphes ou toute autre altération des tissus. Il s'agit, dans ce degré ultime, de frayer un passage à l'urine sans perdre le temps à chercher quelle est celle des altérations qui produit l'obstacle.

Dans un degré moins avancé, l'urine passe ainsi que les sondes et les bougies ; il semble qu'alors l'anatomie pathologique et la classification dont elle est la base vont trouver leur application et diriger le traitement. Eh bien ! il n'en est rien ; le chirurgien ne sait si le rétrécissement est ou non fibreux qu'après avoir tâté, éprouvé sa dilatabilité par les bougies et les sondes : les résultats de la thérapeutique doivent ici éclairer et précéder le diagnostic.

Une classification, basée sur les degrés de la maladie, nous est imposée par la force des choses ; elle est l'expression pure et simple de ce que nous voyons ; aussi l'ai-je adoptée, où plutôt m'y suis-je conformé. J'ai donc partagé les rétrécissements en trois catégories :

1^o Rétrécissements qui laissent passer l'urine, les bougies et les sondes ;

2^o Rétrécissements qui laissent encore passer l'urine, mais que les bougies et les sondes ne peuvent franchir ;

3^o Rétrécissements qui sont arrivés au point de produire une rétention d'urine complète, et qui n'admettent ni sondes ni bougies.

C'est à l'un de ces trois degrés que les rétrécissements se présentent au chirurgien. Plus tard ils se montrent sous deux nouveaux aspects et se partagent en deux classes :

4^o Rétrécissements qui guérissent radicalement par la dilatation ;

5^o Rétrécissements incomplètement dilatables ou qui se reproduisent.

Enfin dans une sixième catégorie peuvent être rangés sous le nom de *faux rétrécissements* les obstacles qui simulent les coarctations, tels que le spasme, la turgescence des parois de l'urèthre, les contractures des fibres musculaires qui enveloppent le canal et qui entrent dans sa structure, les valvules naturelles exagérées et les replis valvulaires accidentels.

Les moyens de traitement sont différents pour les rétrécissements de ces diverses catégories.

Dans la troisième, qui constitue le dernier degré, ces moyens

de traitement sont très-restreints : on est contraint de choisir entre l'une des ponctions de la vessie, l'incision externe de l'urèthre et le cathétérisme forcé.

Doit-on préférer l'une des ponctions de la vessie laissant entier l'obstacle? Mieux vaut-il l'attaquer de suite? Faut-il le faire *par dedans l'urèthre* avec un dard, comme Mayern, Severinus, Lafaye, M. Viguerie? avec une sonde conique, comme Coffinieze, Boyer, Roux? avec de gros cathéters, comme Arnott et Mayor (de Lausanne)? Vaut-il mieux *inciser l'urèthre de dehors en dedans*, comme Solingen, Lafaye, Lassus, M. Ekstrom (de Stockholm), M. Syme (d'Édimbourg)? Ce n'est pas le lieu d'examiner et de comparer ces méthodes et d'invoquer les circonstances dans lesquelles chacune d'elles peut convenir; je me bornerai à dire les perfectionnements que j'ai jugé utile d'y apporter.

Sonde à dard mobile; substitution d'une sonde de gomme au dard. — Les procédés qui soulagent immédiatement le malade et donnent issue à l'urine tout en commençant la cure du rétrécissement, me semblent préférables. La sonde conique et la sonde à dard réunissent ces conditions, mais elles sont dangereuses, en ce que, après avoir franchi le rétrécissement situé ordinairement à la jonction des régions bulbeuse et membraneuse, elles doivent encore parcourir un espace de cinq centimètres (deux pouces environ), pour arriver à la vessie. Dans ce long trajet, la pointe peut dévier, perforer l'urèthre et s'égarer. Pour éviter ce danger, j'ai proposé et j'emploie un moyen que la Commission de l'Académie de médecine de Paris chargée de décerner le prix d'Argenteuil a décrit et apprécié dans les termes suivants :

« *Ce chirurgien (M. Leroy-d'Étiolles) a apporté (en 1838) à l'emploi de la sonde à dard une modification légère mais qui n'est pas sans utilité.*

« Afin de ne faire agir le dard qu'autant qu'il est nécessaire pour perforer l'obstacle, il ne fait avancer la sonde qu'avec lenteur; et chaque fois qu'elle a pénétré de quelques millimètres, il retire ce dard et le remplace par une petite sonde.

« Votre rapporteur a eu l'occasion, en 1847, de mettre en usage ce procédé sur un soldat de l'armée d'Afrique dont l'urèthre avait été oblitéré à la suite d'une violente contusion du périnée. Depuis longtemps il urinait par de nombreuses fistules. L'opération offrit peu de difficulté, et en peu de temps l'urèthre admettait des sondes assez volumineuses.

« Dans ces cas extrêmes où l'urèthre est oblitéré, la ponction du rétrécissement n'est-elle pas préférable à l'emploi de la sonde conique, qu'on ne saurait faire agir sans déployer une grande force et sans nuire ainsi à la précision voulue dans une opération aussi délicate? »

On est forcé d'y avoir recours.

Ablation de l'obstacle avec un emporte-pièce. — Dans un cas de rétention complète d'urine, M. J. Arnots a fait l'ablation de l'obstacle au moyen d'un tube tranchant. Cette opération, par la perte de substance qu'elle détermine, désobstrue plus sûrement l'urèthre que la simple ponction et elle éloigne davantage l'époque de la récurrence probable; j'ai donc songé à la perfectionner. Pour avoir un conducteur et un point d'appui tout à la fois, j'ai placé au centre de la canule tranchante un tirefond qui pénètre dans les chairs et qui agit comme le perforateur du tympan de M. Fabrizi; cet instrument a été exécuté pour moi par M. Charrière, le 27 novembre 1836. Plus tard, j'ai substitué au tirefond un fer de flèche à deux ou quatre crochets, ou un cône pointu et cannelé en avant, demi-circulaire et tranchant en arrière.

Conducteur pour pratiquer l'incision externe des rétrécissements et la boutonnière dans les cas d'oblitération complète du canal. — Ce conducteur est une combinaison et une modification de ceux de Guérin (de Bordeaux) et de Savigny pour la taille périnéale. Comme celui de Savigny, il est articulé au pavillon; comme celui de Guérin, il a un dard qui pénètre à travers les chairs jusqu'à la cannelure garnie de liège à l'intérieur; mais ce dard, au lieu d'être droit, a la courbure d'une portion de cercle. Le cathéter diffère nécessairement, puisqu'il ne va pas jusqu'à la vessie, et s'arrête forcément à l'obstacle.

Pour se faire une idée des difficultés de l'opération de la boutonnière ou incision de dehors en dedans, faite sans qu'une sonde pénétrant dans l'obstacle serve de guide, et pour apprécier l'utilité d'un conducteur, il convient de lire la longue note ajoutée par Lafaye au *Traité des opérations de Dionis*. (Troisième démonstration, chap. de l'*Ischurie*, page 210. Paris, 1740).

M. Syme, qui veut généraliser cette opération de l'incision externe, et qui peut par conséquent passer un cathéter, n'a pas ces difficultés; mais ce qu'il fait est-il rationnel? Est-ce bien de la vraie chirurgie?

Avantages de la ponction recto-prostati-vésicale sur les

ponctions hypogastrique, périnéale et recto-phragma-vésicale. — J'ai dit que je préfère à l'une des ponctions de la vessie, qui ne sont que des palliatifs, les méthodes et procédés qui sont un commencement de cure des rétrécissements, et je me suis efforcé de les perfectionner. J'admets cependant qu'il y ait telle circonstance dans laquelle il convienne d'avoir recours à la ponction : je me suis trouvé trois fois dans cette nécessité. Les ponctions-hypogastrique et périnéale exposent à l'infiltration urinaire, le plus à craindre des accidents qui accompagnent cette opération ; la ponction recto-vésicale peut être suivie de fistules à cause du peu d'épaisseur de la cloison : la ponction pratiquée par le rectum dans l'épaisseur du bord postérieur de la prostate n'a pas l'inconvénient de la dernière et le danger des deux autres (*Traité des rétrécissements*, page 109).

Rétrécissements de la seconde catégorie qui laissent passer l'urine et n'admettent pas les bougies.

Les méthodes et procédés que je viens de rappeler ne doivent être mis en usage que dans le cas où il est bien démontré que le cathétérisme avec les sondes et les bougies est impossible : or, cette impossibilité est devenue beaucoup plus rare par suite d'un léger changement de forme que j'ai fait subir à l'extrémité des bougies fines.

Bougies capillaires crochues et tortillées. — Il arrive souvent que l'urèthre n'est pas complètement oblitéré par les coarctations, et pourtant les bougies capillaires les plus fines ne peuvent les franchir, ni même parfois s'y engager. Cela vient de ce que l'orifice du rétrécissement est excentrique, de ce que le canal est dévié en zigzag par des rétrécissements alternés. Pour trouver ces orifices excentriques et franchir ces déviations, j'ai imaginé un moyen bien simple, c'est de rendre excentrique aussi la pointe d'une bougie fine en la tortillant tantôt sous la forme d'une spirale de crochet, tantôt en forme de crochet. Depuis lors j'ai rencontré bien peu de rétrécissements infranchissables, et les chirurgiens qui ont essayé cette manœuvre ont vu souvent s'évanouir de prétendues impossibilités. C'est le cas de répéter avec Stohl : *Magni momenti minutia*.

L'efficacité des bougies tortillées et crochues a été appréciée comme il suit dans le rapport sur le prix d'Argenteuil :

« *Votre Commission a fréquemment expérimenté ce moyen, surtout lorsque ses bougies ordinaires avaient échoué : elle s'est convaincue de l'exactitude des résultats annoncés par M. Leroy-d'Étioles.* »

Mes publications relatives aux bougies tortillées et crochues se trouvent dans mon *Traité des angusties de l'urèthre*, p. 38 et suiv., 1848; dans le mémoire intitulé : *Thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre*, p. 8, in-8°, Paris, 1848-1849; dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 24 juin 1851, et dans une brochure intitulée : *Sur les avantages des bougies tortillées et crochues*, in-8°, 1852.

Liens élastiques pour appuyer et presser les bougies contre les rétrécissements qui laissent filtrer l'urine, et ne peuvent être franchis même par les bougies tortillées et crochues. — C'est un fait bien connu, que le contact ou la pression continue de l'extrémité d'une bougie contre l'obstacle de l'urèthre se ramollit et parfois surmonte sa résistance. La difficulté est de maintenir ce contact et cette pression. J'y suis parvenu en substituant aux liens ordinaires des liens très-élastiques en caoutchouc. La bougie est introduite dans un tube ouvert à ses deux extrémités qui lui sert de tuteur. Ce procédé a été consigné dans un paquet cacheté, déposé à l'Académie des Sciences le 15 décembre 1828; ouvert le 4 août 1854, décrit dans le *Traité des angusties*, p. 365.

Cautérisation directe ou d'avant en arrière. — Elle est applicable aux rétrécissements, actuellement peu nombreux, qui laissent passer l'urine et que les sondes et même les bougies tortillées ne peuvent franchir.

Ce procédé, employé par Ambroise Paré, Loyseau, John Hunter, a été perfectionné par moi. *Les porte-caustiques ont été disposés de manière que la cautérisation agisse au centre de l'urèthre, dans quelque point de ce canal qu'existe le rétrécissement.* Dans plusieurs cas j'ai employé efficacement le *caustique de Vienne*, qui n'avait pas encore été appliqué au traitement des rétrécissements (V. *Traité des angusties et rétrécissements de l'urèthre*, p. 149 et 371).

Voici le passage du rapport de la Commission d'Argenteuil qui concerne la cautérisation directe ou d'avant en arrière :

« Votre Commission a suivi avec intérêt les malades soumis par M. Leroy-d'Étiolles à ce genre de traitement. Trois d'entre eux étaient affectés de rétrécissements infranchissables, bien que laissant passer l'urine. Chez deux autres l'urèthre était complètement oblitéré, l'émission de l'urine avait lieu par de nombreuses fistules; M. Leroy est parvenu à rétablir, sans accident, la continuité du canal chez tous ces malades, qui ont été soumis en-

suite à la dilatation d'après les règles ordinaires. *De tels succès ne doivent point passer inaperçus ; ils nous paraissent de nature à établir que la cautérisation d'avant en arrière a été injustement abandonnée, et que, dans ces cas graves, elle peut rendre des services réels.* »

Rétrécissements qui admettent les bougies et les sondes.

— A cette catégorie commence le diagnostic différentiel et se multiplient les moyens de traitement. A ce degré de la maladie il devient possible de connaître le nombre des obstacles, leur longueur, et jusqu'à un certain point, leur forme : quant à leur nature, j'ai dit et je répète qu'on ne peut la connaître avec un peu de certitude que par la marche et les effets du traitement.

Diagnostic différentiel des rétrécissements franchissables.

— Moyen d'en reconnaître le nombre, la longueur et la forme.

— Les bougies de cire ou candelottes, moyen d'exploration des rétrécissements le plus anciennement usité, ne rapportent pas toujours des empreintes assez marquées : de plus, la coarctation la plus étroite efface à la sortie toutes les empreintes laissées par celles qui sont en arrière. La bougie exploratrice d'Arnott et de Ducamp ne peut apprendre ni le nombre ni la longueur des rétrécissements ; elle ne montre que la figure de l'entrée du premier obstacle, et encore ne le fait-elle souvent que d'une manière inexacte. Ce nombre, cette longueur des rétrécissements, les bougies à boule de Ch. Bell pouvaient les faire connaître, et pourtant elles sont restées sans application. Était-ce que leur nature métallique les rendait trop dures, ou que Ch. Bell n'avait pas suffisamment senti lui-même ni fait sentir leur utilité ? Je l'ignore. Toujours est-il qu'elles étaient délaissées et oubliées depuis vingt ans, lorsque je fis faire *les bougies à boule ou à olive, en gomme élastique*, dont la flexibilité est très-grande, et qui peuvent être au besoin rendues rigides par l'introduction d'une petite tige de fer dans l'intérieur de leur tube. J'ai indiqué minutieusement le mode d'application de ces bougies exploratrices, les sensations qu'elles procurent à la main du chirurgien, les notions qu'il en retire et les circonstances dans lesquelles il est utile de leur adjoindre l'exploration avec les bougies de cire et le porte-empreinte de Ducamp.

Les bougies à boule en gomme sont généralement usitées aujourd'hui (Mémoire lu à l'Académie de médecine le 23 juin 1838. V. aussi mon *Traité des rétrécissements et angusties de l'urèthre*, p. 120 et suiv., in-8°, 1845).

Dilatation.

La dilatation peut guérir un grand nombre de rétrécissements en agissant seule ; elle est en outre le complément obligé de toutes les autres méthodes. Il y a quatre modes de dilatation : 1^o dilatation temporaire successive graduée ; 2^o dilatation brusque ou déchirure ; 3^o dilatation permanente rapide ; 4^o dilatation permanente lente.

Une part me revient dans la création du second et du troisième procédé.

Traitement des rétrécissements par la dilatation temporaire et la succession rapide des bougies. — Je n'ai rien ajouté de bien important à ce procédé qui remonte à l'inventeur des bougies, Aldereto de Salamanca ; je me suis borné à tracer pour leur application des préceptes basés sur l'expérience. Il est important de rappeler : 1^o que ce procédé efface et guérit radicalement certains rétrécissements ; 2^o que l'on ne peut connaître à l'avance ceux qui lui sont réfractaires ; on ne le sait que par la marche et la persistance de la dilatation ; 3^o que la dilatation temporaire est le mode de traitement le plus innocent. La conséquence de ces prémisses, c'est qu'il est rationnel de commencer par essayer la dilatation temporaire.

Traitement par la dilatation permanente et les sondes à demeure.

Dilatation permanente brusque. — Le contact prolongé d'un corps étranger, tel qu'une bougie ou une sonde, ramollit les rétrécissements durs, calleux, et les rend plus dilatables ; c'est un fait dont la connaissance remonte à Ferry, Thiery de Hery et Ambroise Paré. Cependant la dilatation par les sondes à demeure n'a réellement été mise régulièrement en usage que depuis l'invention des sondes formées d'un tissu revêtu de caoutchouc et plus tard d'huile de lin lithargirée. Mais est-il nécessaire de consacrer un mois ou six semaines à cette dilatation, comme le faisaient Desault, Dubois, Boyer, Dupuytren, Roux, etc. ? Nous avons démontré le contraire, Lallemand, à Montpellier, et moi, à Paris : quatre à six jours suffisent le plus ordinairement pour amener l'urèthre à recevoir des sondes d'un diamètre de huit millimètres. Cette dilatation obtenue persistera, si, comme je l'ai enseigné et pratiqué, on a soin de s'opposer à la rétraction qui suit la cessation des sondes à demeure, en faisant pendant une huitaine de jours la dilatation temporaire gra-

duée. (Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, le 16 octobre 1837. V. *Comptes-rendus*, t. 5, p. 542. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 23 juin 1838: — *Traité des rétrécissements et angusties de l'urèthre*, p. 254 et suivantes).

Traitement des rétrécissements qui résistent à la dilatation ou qui ont récidivé.

Les rétrécissements que les anciens nommaient *callex* sont ordinairement formés d'un tissu fibreux, inodulaire, rétractile; ceux qui succèdent à des déchirures, à des ulcérations, à des chancres de l'urèthre sont nécessairement dans ce cas. Pour les guérir on a mis en usage une foule de moyens dont le but et l'action peuvent être résumés par ces mots : *avivement, débridement, ablation*.

Au principe d'action de l'*avivement* appartiennent les bougies médicamenteuses et légèrement escarotiques, d'Aldereto et de ses imitateurs; la sonde pointue et tranchante de Ferry, la râpe et le comminueur de Paré et quelques scarificateurs qui ne font que gratter et aviver.

Dans les *débridements* viennent prendre place la déchirure, tous les procédés de scarification et d'incision.

Le principe de l'*ablation* comprend la destruction par le caustique et l'excision par l'instrument tranchant.

Une multitude de procédés et d'instruments ont été imaginés pour produire ces trois résultats; j'ai étudié et discuté soigneusement dans mon *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, leurs avantages et leurs inconvénients. Je ne pourrai le faire dans ce résumé, ce serait déjà beaucoup de les indiquer; je me bornerai donc à rappeler la part que j'ai prise au perfectionnement de cette partie si confuse et si peu coordonnée de la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre. Cette part, la voici en peu de mots :

Invention du procédé de la déchirure par l'écartement de dilateurs métalliques.

Création de la cautérisation et de l'incision rétrogrades, c'est-à-dire agissant sur les rétrécissements d'arrière en avant; invention d'instruments appropriés à leur exécution.

Démonstration de la prééminence de l'ablation ou excision des rétrécissements sur toutes les autres méthodes. Perfectionnement et invention d'instruments appropriés à son exécution.

Procédé de la déchirure des rétrécissements. — J'ai été

conduit à la création de ce procédé par l'observation de la disparition de rétrécissements fibreux existant dans l'urèthre des personnes atteintes en même temps de calculs urinaires et de rétention d'urine. Les brise-pierres à quillers revenant chargés de détritrus et un peu plus volumineux qu'ils n'étaient entrés (je n'avais pas toujours complètement rapproché les mors par la percussion), distendaient et déchiraient la coarctation qui s'effaçait peu à peu et finit par disparaître. Cette observation me conduisit à faire de ce mode d'action un procédé régulier que je communiquai à l'Académie des Sciences dans la séance du 31 mars 1836. (V. *Comptes-rendus des séances*, t. 2, p. 298, *Traité de lithotrie*, p. 201 et 204, publié le 33 juin 1836).

La première publication de M. Perrève, que la première Commission du prix d'Argenteuil avait cru être l'inventeur de cette méthode, ne date que du 23 juillet 1836, c'est-à-dire *quatre mois après la lecture de mon mémoire* et l'insertion de son analyse dans les *comptes-rendus*. Cette première Commission d'Argenteuil n'ayant pas examiné contradictoirement la question, et son rapport ayant été annulé par l'Académie de médecine, son opinion est comme non avenue. Je reconnais toutefois que le mode de jonction de l'extrémité des pièces du premier dilateur de M. Perrève, qu'il a abandonné pour un autre plus défectueux, est un perfectionnement.

Cautérisation rétrograde. — La cautérisation se faisait de deux manières : directement ou d'avant en arrière, en attaquant l'obstacle de front ; latéralement en introduisant le caustique dans le rétrécissement.

La bougie emboutie de Paré, la bougie armée de J. Hunter et de Home, le tube ouvert à son extrémité dont Loyseau fit usage sur Henri IV, produisaient la cautérisation directe. J'ai dit plus haut que dans la thérapeutique rationnelle et éclectique des rétrécissements de l'urèthre, ce mode de cautérisation est spécialement applicable aux rétrécissements qui laissent passer l'urine et n'admettent ni les sondes ni les bougies, et j'ai dit comment je l'ai perfectionné.

La cautérisation latérale se fait avec les porte-caustiques de Ducamp et de Lallemand. L'instrument de Ducamp ne peut agir que sur un obstacle à la fois ; il faut que le premier soit détruit pour arriver au second, s'il y en a plusieurs. L'instrument de Lallemand n'a pas cet inconvénient, il peut franchir les premiers rétrécissements pour arriver sur les profonds ; mais il manque

de certitude, il n'a pour repère et pour guide que les mesures de distance prises à l'avance ; or, la très-grande élasticité de l'urètre rend ces mesures illusoires.

Mes porte-caustiques rétrogrades à olives terminales ou à T mobiles et à fenêtres latérales procurent cette certitude d'action qui manque à l'instrument de Lallemand. La possibilité de ne porter le caustique qu'après l'introduction de l'instrument, introduction qui nécessite parfois des tâtonnements ; la possibilité de le retirer pour observer et calculer son action, de le reporter dans l'obstacle, sont encore des avantages.

Il me semble incontestable que la cautérisation pratiquée par un instrument qui accroche ainsi par derrière tous les obstacles successivement, doit être faite avec plus de précision et de certitude, et constitue un progrès. Voici pourtant dans quels termes M. Civiale parle de ce procédé et de son auteur :

« M. Leroy, dit-il, recommande des instruments nouveaux de son invention pour opérer ce qu'il nomme la *cautérisation rétrograde*, à l'aide de laquelle il prétend être en mesure de cautériser tous les rétrécissements, même ceux qu'une bougie capillaire ne peut traverser. M. Leroy n'a jamais laissé échapper une occasion de prouver combien son imagination est prompte à lui suggérer des instruments inutiles et son esprit apte à formuler des préceptes aventureux. »

L'imagination et l'esprit de M. Civiale ne lui ont jamais joué de ces mauvais tours, et pour cause...

A son opinion, que l'on peut à bon droit suspecter de partialité, j'opposerai celle de la Commission pour le prix d'Argentueil.

« M. Leroy pratique la cautérisation à l'aide d'un porte-caustique spécial poussé jusqu'en arrière du point rétréci, et qu'il vient ensuite faire arc-bouter contre la face postérieure de celui-ci, au moyen d'une boule ou d'une petite barette qui se déploie transversalement. De cette manière le caustique peut être engagé dans le détroit urétral avec toute la précision nécessaire. Telle est l'opération désignée par M. Leroy-d'Étiolles sous le nom de *cautérisation latérale rétrograde*.

« Ce chirurgien l'applique spécialement aux rétrécissements de la portion membraneuse, et surtout aux cas compliqués de fistules urinaires, pour faciliter la répression des bourgeons charnus et la cicatrisation de l'orifice interne du trajet anormal.

« Votre Commission a observé quelques faits qui paraissent

favorables à cette pratique : deux fistules rebelles à la dilatation ont été rapidement fermées par la cautérisation rétrograde. Cependant, pour ne conserver aucun doute sur la valeur réelle de ce moyen, elle eût désiré voir un plus grand nombre de malades, et surtout les suivre pendant un temps plus long. »

Cette restriction de la Commission est fort sage; je me suis mis en mesure de la satisfaire : son rapporteur, M. Robert, a vu entre autres un malade, habitant de Londres, sur lequel la fistule était oblitérée depuis deux ans.

Scarification et incision rétrogrades ou pratiquées d'arrière en avant. — Le roseau pointu et tranchant de Mayern, les instruments de Vega, Diaz, Stafford, Doerner, Siebold, de M. Amussat, de M. Philips (de Londres), l'instrument de Tanchou, le premier instrument coupe-bride de M. Reybard, les instruments de MM. Ricord, Bégin, Robert, coupaient ou coupent d'avant en arrière. Les motifs qui m'avaient fait imaginer l'action rétrograde des instruments explorateurs, dilatateurs et cautérisateurs, motifs développés dans les mémoires adressés par moi à l'Académie des Sciences le 21 mars 1836, le 16 octobre 1857, m'avaient déjà conduit à la *scarification rétrograde*, c'est-à-dire à couper les rétrécissements *d'arrière en avant*. Tous les inciseurs et scarificateurs de l'urèthre que j'ai imaginés depuis plus de vingt ans sont basés sur ce principe : ainsi, le scarificateur à renflement latéral que M. Greiling exécuta pour moi en 1830, et qui est représenté dans le *Traité d'anatomie* de Bourgery et Jacob, t. 7, pl. 54, fig. 37 ; ainsi, les scarificateurs en forme de brise-pierre que M. Charrière a exécutés dans les années 1856 et suivantes, les ciseaux tranchants par le dos à branches croisées que m'a fait plus récemment M. Mathieu, agissent d'arrière en avant.

Ce principe d'action rétrograde a été suivi par M. Reybard dans son instrument le plus récent, et par M. Civiale, ce dernier en critiquant ce que j'ai fait, comme on devait s'y attendre. Que mes scarificateurs à olives, même à olives latérales aplaties qui coupent d'arrière en avant eussent des imperfections, je ne les nie pas, et je les ai fait ressortir le premier dans mon *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, p. 259, passage que M. Civiale a incomplètement transcrit, page 46 de son *Mémoire sur l'uréthrotomie*, publié en 1849 ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un *principe d'action* dont il semble que l'on ne veuille pas reconnaître l'origine.

Dans mes scarificateurs rétrogrades et en particulier dans celui dont l'exécution remonte à 1830, et qui est représenté dans l'ouvrage de Bourgery, pl. 54, fig. 37, il y a encore un autre principe d'action dont on paraît aujourd'hui commencer à sentir l'utilité, c'est la *mobilité de la lame qui glisse d'arrière en avant dans une rainure, la gaine ou le fourreau de cette lame restant fixé et immobile*. Ces deux conditions se trouvent réunies dans le nouvel instrument de M. Reybard ; quant à M. Civiale, il n'a pas compris d'abord, et il a fait un scarificateur à olive dont la lame dépourvue de glissement nécessite le retrait de la totalité de l'instrument.

Je dois ajouter en ce qui concerne M. Reybard que dans son instrument il y a en outre une autre disposition essentielle qui lui est propre et particulière, c'est la longueur et la projection de la lame qui donne à son débridement une profondeur et une étendue jusqu'alors inusitées ; les avantages l'emporteront-ils sur les dangers qui en résultent ? La troisième Commission d'Argenteuil a dit oui. L'expérience prononcera en dernier ressort. Quant à moi, je m'en tiens encore au mode d'application de l'incision que j'ai adoptée et que je désigne de la manière qui suit :

Débridements répétés suivis chaque fois de la dilatation temporaire.

Je me bornerai à transcrire le passage du rapport de la Commission d'Argenteuil dans lequel il est question de ce mode de scarification :

« M. Leroy-d'Étiolles emploie souvent les scarifications répétées dans les cas de rétrécissements calleux, non dilatables, de la portion spongieuse. Les instruments qu'il emploie à cet effet sont des uréthrotomes en ciseaux ou en forme de brise-pierre. *Quelle que soit leur forme, il les engage jusqu'en arrière du rétrécissement, qu'ils doivent diviser d'arrière en avant.* Ils sont disposés de telle sorte, que le tissu morbide, d'abord entamé par les lames, est ensuite distendu et même légèrement déchiré par l'extrémité mousse de l'instrument ; c'est, comme on le voit, la *scarification associée* à la déchirure.

« M. Leroy compte sur ce dernier effet pour détruire la rétractilité du tissu fibreux, et même pour en amener la résolution. Il répète cette opération tous les sept à huit jours, jusqu'à ce que le rétrécissement laisse passer d'emblée les plus grosses bougies ; il termine ensuite le traitement par la dilatation temporaire.

« Sept malades ont été traités, à l'hôpital Beaujon, suivant ce procédé. Tous avaient des rétrécissements éminemment rétractiles, qui s'étaient presque aussitôt reproduits après des traitements par la dilatation. Chez tous, il a fallu pratiquer en moyenne huit à dix opérations, dans chacune desquelles le tissu inodulaire a été scarifié dans plusieurs directions. Chez quelques-uns, le traitement a duré plusieurs mois. Dans aucun cas, le tissu morbide n'a disparu ; constamment il est resté à la face interne de l'urèthre un relief très-appréciable par les bougies à boules. Mais nous devons ajouter *que toujours les rétrécissements ont cédé au point d'admettre de grosses bougies ; leur force rétractile a sensiblement diminué.* »

Il est vrai que la scarification *ne fait pas disparaître le tissu morbide* : elle en rompt la continuité ; elle en favorise la résolution ; et sous ce dernier rapport, il semble que les scarifications et les dilatations répétées soient plus rationnelles et présentent encore plus de chances de réussite que la longue et profonde incision de M. Reybard, qui ne divise le tissu fibreux que d'un côté et laisse l'anneau presque complet. Cette profonde incision produit un élargissement immédiat plus considérable, mais elle ne met pas à l'abri de la récurrence ; ce n'est qu'une question de temps : elle laisse croire plus longtemps que ne le font les incisions plus superficielles, à une guérison radicale ; mais lorsque les côtés de la plaie, s'étant réunis ou rétractés, l'anneau fibreux, dont les trois quarts étaient restés intacts, se trouve réformé, la rétraction marche rapidement vers l'oblitération de l'urèthre. Ce n'est pas seulement la théorie qui dit cela, c'est l'observation des faits.

Ces considérations qui m'ont depuis longtemps frappé, m'ont fait chercher un moyen de traitement plus efficace et peu dangereux. Je pense qu'il se trouve dans l'excision ou ablation de la cicatrice.

Excision ou ablation du tissu fibreux formant les rétrécissements. — Ambroise Paré, qui considérait, avec tous les chirurgiens de son temps, les rétrécissements comme formés par des végétations, des carnosités, avait imaginé des instruments propres à les exciser. Une connaissance plus exacte de la nature et de la forme de ces sortes d'obstacles a fait tomber ces instruments dans l'oubli, et cependant l'un d'eux, qui a la forme d'un bouton bombé tranchant par son bord, peut aussi bien enlever d'arrière en avant un anneau fibreux qu'une carnosité ou une végétation. Mais ce n'étaient pas les moyens de pratiquer les

ablations qui manquaient, c'était la confiance dans ce mode de traitement ou plutôt l'ignorance des avantages que l'on peut en retirer. M. Arnott est, je crois, le premier qui ait enlevé un rétrécissement avec un tube tranchant agissant à la manière d'un emporte-pièce. Quelques années plus tard M. Philips (de Londres) étendit la méthode de l'excision à certains rétrécissements réfractaires à la dilatation et à la cautérisation, et il ajouta au tube tranchant d'Arnott une tige terminée par un renflement qui, dépassant l'obstacle, sert de point d'appui à la lame. Il a publié cet instrument en 1842; il dit l'avoir appliqué avec succès, et pourtant il était si peu question de l'excision dans la thérapeutique des rétrécissements, que quand je l'ai reproduite et préconisée il y a une douzaine d'années, M. Heurteloup exprimait de la manière suivante son étonnement de me voir employer une telle méthode : « Cet instrument (l'exciseur), qui est la pièce de résistance du livre, n'est rien moins qu'un double emporte-pièce que M. Leroy a la prétention d'introduire bravement dans une partie rétrécie du canal ; un emporte-pièce étant en avant et un autre en arrière, M. Leroy les rapproche, pince la portion rétrécie et emporte la pièce, c'est-à-dire le rétrécissement. On voit que c'est un instrument bien délicatement et bien ingénieusement conçu. »

Ce persiflage n'a rien changé à mes convictions, et je pense aujourd'hui ce que j'écrivais en 1845 : « Puisque l'enlèvement des cicatrices saillantes, disais-je, est un moyen efficace d'obvier aux rétractions qu'elles déterminent dans diverses parties du corps, pourquoi la rescision des bourrelets inodulaires de l'urèthre ne produirait-elle pas le même résultat. » (*Traité des rétrécissements et angusties de l'urèthre*, p. 357).

Dans un autre ouvrage ayant pour titre *Thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre*, publié en 1848, je disais, p. 16 : « Les rétrécissements de l'urèthre, rebelles à la dilation, doivent être traités comme toutes les autres cicatrices vicieuses du genre humain ; il faut les enlever avec l'instrument tranchant. »

Pour pratiquer l'ablation des rétrécissements, je me suis servi en effet du double emporte-pièce dont mon confrère a donné la description et l'appréciation que j'ai transcrites plus haut. Tel qu'il est, « *il emporte assez bien la pièce ou le rétrécissement* ; » mais je ne m'en suis pas tenu là, et j'ai suivi le perfectionnement de la méthode de l'excision avec la persévérance que donne la conviction.

Une partie des instruments que j'ai imaginés dans ce but a été publiée dans l'exposé de mes inventions, in-4°, Paris, 1840 ; — dans mon *Traité des rétrécissements et angusties de l'urèthre*, in-8°, 1843 ; — dans la brochure intitulée : *Thérapeutique des rétrécissements*, p. 8, 1848-1849. Quelques-uns, exécutés et appliqués antérieurement à ces publications ont été omis : tels sont deux exciseurs à boule, à lames courbes inclinées en sens inverse, taillant des tranches dans l'anneau fibreux, qui l'emportent en détail. D'autres, imaginés et appliqués depuis la publication des ouvrages que je viens de citer, sont encore inédits et méritent cependant d'être connus : tel est un exciseur formé de deux parties de sonde séparées par une section transversale, unies par une tige centrale qui les écarte ou les rapproche ; l'anneau fibreux est saisi entre ces deux parties de sonde, une lamé pointue transperce sa base, puis agissant par un mouvement circulaire et de va-et-vient, elle l'excise en totalité.

La Commission d'Argenteuil, qui n'avait pas à juger mes nouveaux exciseurs, a parlé des précédents dans les termes que voici : « Nous dirons tout d'abord que cette opération n'est pas nouvelle, qu'en 1812 M. Arnott l'avait déjà indiquée, et qu'en 1836 M. B. Philips l'avait pratiquée et en avait préconisé les résultats. *Toutefois nous reconnaissons aux instruments de notre compatriote (M. Leroy-d'Étiolles) une incontestable supériorité, d'où résulte plus de précision dans le manuel opératoire.* »

Réunion immédiate de l'excision.

Les conditions qui préviennent le plus sûrement le retour de la rétractilité des cicatrices vicieuses externes, et forment le complément de l'excision, sont la réunion immédiate des bords de la division, et mieux encore, l'autoplastie, exécutée par l'emprunt d'une portion de peau voisine détachée soit en lambeaux, soit par glissement. Mais dans l'urèthre l'autoplastie par lambeaux est tout à fait impossible ; l'autoplastie par glissement serait difficile et pourrait donner lieu à deux ou trois cicatrices au lieu d'une. Reste donc la réunion immédiate. Pour la favoriser, j'ai mis en usage deux sondes à boule, passées l'une dans l'autre ; la plus petite qui est reçue dans l'autre, a des œils près de son extrémité comme les sondes ordinaires pour laisser couler l'urine ; elle est renflée vers le tiers de sa longueur ; l'autre plus grosse, plus courte à son renflement à l'extrémité qui est percée pour

recevoir la première sonde. Les deux boules sont placées l'une en arrière; l'autre en avant de la plaie circulaire résultant de l'excision, elles refoulent les lèvres l'une vers l'autre par leur rapprochement et favorisent ainsi une réunion immédiate.

J'ai plusieurs fois cité l'opinion de la Commission de l'Académie de médecine de Paris, relativement aux divers moyens de traitement que je mets en usage; je terminerai en lui empruntant le résumé qu'elle en donne dans son rapport.

« Tel est le résumé succinct des travaux de M. Leroy-d'Étioilles sur la thérapeutique des rétrécissements.

« En nous livrant à cet examen, nous avons été frappé du nombre et de la variété des ressources de ce praticien. À chacune des formes sous lesquelles apparaissent les rétrécissements de l'urèthre, il oppose bientôt un traitement particulier. Méthodes, procédés, appareils d'instruments, tout a été revu et modifié par lui, et plus souvent avec avantage; toutefois, pour le caractériser en quelques mots, nous dirons que s'il a beaucoup perfectionné il a très-peu inventé. »

La somme d'éloges que me donne ici la Commission est certainement considérable, et j'en suis reconnaissant; toutefois, j'avoue qu'elle ne satisfait pas encore mon ambition et que je ne trouve pas juste la restriction que renferme le dernier membre de phrase. *J'ai beaucoup perfectionné*, dit le rapport, *mais j'ai très-peu inventé*. Cependant les bougies tortillées et crochues; le procédé de la déchirure avec des dilateurs métalliques à écartement; la cautérisation rétrograde; la scarification et l'incision faites d'arrière en avant avec des lames mobiles et glissant indépendamment de la gaine; l'emploi du caustique de Vienne et du cautère électrique me semblent choses nouvelles. D'autres qui étaient délaissées et oubliées équivalent presque à des nouveautés par leur rénovation sous une forme nouvelle; telles sont les bougies à boule et l'excision des anneaux fibreux. Les médecins jugeront, le temps et l'expérience prononceront en dernier ressort.

3. M. MATHIEU fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris, présente à l'Académie plusieurs instruments perfectionnés, de sa fabrication.

La séance est levée à deux heures et demie.

V. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

TRAITÉ pratique des maladies de la peau ; par M. Alph. Devergie. Paris, 1854, 1 vol. in-8°.

MÉDECINE légale, théorique et pratique ; par le même. Paris, 1852, 3 vol. in-8°.

SUR LE CLIMAT de la Belgique. — De l'hygrométrie ; par M. A. Quetelet. Bruxelles, 1854, 1 br. in-4°.

RAPPORT sur le choléra-morbus ; par M. Chenu. Perpignan, 1855, 1 br. in-8°.

RECUEIL des actes de l'Académie Impériale des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, 1854, 1 br. in-8°.

DU FLUX et du reflux de la mer, avec cartes et planches explicatives ; par M. Verhaeghe. Bruxelles, 1854, 1 br. in-8°.

NOTICE historique sur l'Académie Impériale Leopoldino-Carolina des naturalistes ; par H.-L. Meding. Paris, 1854, 1 br. in-8°.

DIE OSTINDISCHE Rohwaarensammlung ; von dr Th. Wil.-Ch. Martius. Erlangen, 1855, 1 br. in-8°.

DIE HELMINTHEN des menschen ; von J.-C. Mayrhofer. Erlangen, 1854.

UEBER die resection des oberkiefers ; von A. Camerer. Erlangen, 1854, 1 br. in-8°.

UEBER die combination der tuberculose mit dem runden magengeschwür ; von H. Papellier. Erlangen, 1854, 1 br. in-8°.

UEBER die amputation im Fussgelenk ; von F. Laudenbach. Erlangen, 1854, 1 br. in-8°.

UEBER das Schrag-ovale Becken ; von dr L. Schellhorn. Erlangen, 1854, 1 br. in-8°.

DAS Berhalten zur Ubwehr der cholera ; von prof. Heyfelder. Erlangen, 1854, 1 br. in-8°.

NOTICE sur P.-J. D'Avoine ; par M. C. Broeckx. 1 br. in-8°.

DU GOÛTRE endémique dans le Département de la Seine-Inférieure et de l'étiologie de cette maladie ; par M. le dr Vingtrinier. Rouen, 1854, 1 br. in-8°.

DES ALIÉNÉS dans les prisons et devant la justice ; par le même. Paris, 1852, 1 br. in-8°.

RAPPORT sur le concours pour la question au choix de médecine et de chirurgie ; par M. le dr J. Crocq, 1 br. in-8°.

HISTOIRE et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle ; par M. Putégnat (de Lunéville). Paris, 1854, 1 vol. in-8°.

NÉVROLOGIE ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme ; par M. L. Hirschfeld. Paris, 1853, 1 vol. in-4°.

BEHANDLUNG des Krebses und anderen geschwüre ; von dr Rosenberger, 8 p. in-8°.

UEBER menschen-und- kuh-pocten und deren impsuug überhaupt sowie die Geschichte derselben insbesondere ; von L. Gründer. Gorliz, 1853, 1 br. in-8°.

ARCHIVES générales de médecine ; les cahiers d'août, septembre et octobre 1854.

ANNALES et Bulletin de la Société de médecine de Gand ; les 7^e et 8^e liv., année 1854.

ANNALES de la Société médico-chirurgicale de Bruges ; le cahier d'août 1854.

ARCHIVES belges de médecine militaire ; les cahiers de juin et juillet 1854.

ANNALES et archives de médecine belge et étrangère ; les cahiers de juillet et août 1854.

ANNALES d'oculistique ; les 1^{re} et 2^e livraisons du tome 32^e.

ANNALES médicales de la Flandre Occidentale ; les 13^e à 16^e liv., année 1854.

ANNALES de médecine vétérinaire ; les cahiers d'août et septembre 1854.

ANNALES de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, établie à Willebroeck ; les liv. de mars à juin 1854.

ANNALES de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines ; la 5^e liv. de la XI^e année.

ALLGEMEINE Medicinische Central Zeitung ; les n^{os} 57 à 72, année 1854.

BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur ; les cahiers de juin et juillet 1854.

BULLETIN de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique ; le n^o 8 du tome XXI.

BULLETIN général de thérapeutique médicale et chirurgicale ; les 2^e, 5^e et 5^e liv. du tome XLVII.

CENTRAL ZEITUNG für gesammte veterinaermedizin ; les n^{os} 5 et 16.

DEUTSCHE zeitschrift für die staats arzneikunde ; le 1^{er} cahier du 4^e vol. Erlangen, 1854.

EL SIGLO MEDICO ; les n^{os} 30 à 38, année 1854.

GAZETTE médicale de Paris ; les n^{os} 31 à 39, année 1854.

GAZETTE médicale de Strashourg ; les n^{os} 8 et 9, année 1854.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie ; les n^{os} 44 à 49, année 1854.

GAZETTE médicale de Liège ; les n^{os} 14 à 17, année 1854.

JOURNAL des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie ; les n^{os} 30 à 36, année 1854.

JOURNAL de pharmacie d'Anvers ; les cahiers d'août et septembre 1854.

JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie ; les cahiers d'août et septembre 1854.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques ; les cahiers d'août et septembre 1854.

JOURNAL de l'imprimerie et de la librairie en Belgique, n^o 3, 1^{re} année.

LE SCALPEL ; les n^{os} 1 à 6, 7^e année.

LA PRESSE médicale belge ; les n^{os} 35 à 41, année 1854.

LA SANTÉ, journal d'hygiène publique et privée ; les n^{os} 3 à 6, 6^e année.

MONITEUR de l'enseignement ; les n^{os} 8 à 14 du tome 1^{er}, 3^e série.

NEDERLANDSCH LANCET ; les n^{os} 11 et 12.

RECUEIL de médecine vétérinaire pratique ; les cahiers de juillet, août et septembre 1854.

UNION médicale ; les n^{os} 91 à 116, année 1854.



MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

JOUR. 1884.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 9 h. du matin.	TEMPÉRATURE corr. de l'air, à 9 h. du matin.	EXTREMES de la température corrigée relevée à midi. Maximum. Minimum.	QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
1	755.08	14.4	20.4	12.00	SO.-S.E.-E.	Gros, pluvieux.
2	747.82	14.6	19.6	12.00	E.	Froid, ombre, pluie abondante.
3	747.31	12.0	17.7	7.26	N.-N.O.	Sombre, froid et pluvieux.
4	756.80	13.1	17.2	6.63	N.E.	Nuageux.
5	760.16	12.7	16.7	7.2	N.E.-N.O.	Assez beau, mais froid et nuageux.
6	766.09	12.4	16.3	9.6	N.-N.O.	Nuageux, mais assez beau.
7	766.02	11.6	16.3	9.6	N.O.	Sombre, incertain.
8	757.84	12.1	16.1	9.1	N.O.	Sombre, incertain; pluie le soir.
9	757.24	13.0	16.3	9.2	N.O.	Assez beau.
10	755.36	14.5	18.0	10.5	SO.-O.	Incertain, pluie.
11	756.26	14.7	18.8	9.4	SO.	Assez beau.
12	752.94	18.6	21.7	12.1	SO.	Variable, assez beau le matin; pluie le soir.
13	753.25	16.2	22.8	10.7	SO.-O.S.O.	Assez beau.
14	752.72	14.8	19.4	12.6	O.S.O.-SO.	Sombre, pluvieux.
15	751.01	15.8	20.2	11.84	O.S.O.	Sombre, pluvieux.
16	753.66	18.1	21.4	14.8	SO.-S.S.O.	Journée chaude et pluvieuse.
17	748.67	19.6	22.7	14.4	S.S.O.	Variable.
18	752.26	21.1	23.0	10.7	S.-SO.	Pluie abondante.
19	750.12	17.0	22.1	10.0	SO.-S.-SO.	Très beau, se couvre le soir.
20	750.58	14.8	22.7	17.63	O.S.O.	Pluie abondante; se découvre le soir.
21	762.90	17.2	19.3	9.5	O.S.O.	Beau, mais menaçant par intervalles.
22	762.10	18.0	21.4	12.8	O.S.O.	Incertain; forte averse l'après-midi.
23	761.93	15.9	21.6	12.6	SO.	Grès, incertain.
24	763.40	16.1	21.6	12.3	SO.	Orageux, incertain.
25	759.02	21.7	23.7	14.9	SO.	Journée chaude et orageuse.
26	753.80	22.0	26.6	17.7	S.-SO.	Orageux, avertis.
27	756.68	17.2	25.6	11.3	SO.-S.S.O.	Assez beau, mais nuageux et incertain le soir.
28	752.13	19.4	21.8	13.4	S.S.O.-S.	Incertain, pluie par intervalles.
29	749.24	18.9	22.3	11.1	SO.-S.	Pluvieux, avertis.
30	747.93	14.4	19.7	11.7	SO.-O.S.O.	Pluvieux, avertis; se découvre le soir.

MÉTÉOROLOGIE. — Observatoire royal de Bruxelles.

JUIL.- 1884.	BAROMÈTRE réduit à 0°, à 8 h. du matin.	TEMPÉRATURE centig. de l'air, à 8 h. du matin	EXTREMES de la température centigrade relevée à midi Maximum. Minimum.	QUANTITÉ d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
1	754,73	17,4	19,9	11,7	080-0.	Pluvieux, averse; le soir pluie continue
2	754,60	16,3	17,4	9,44	080-0.	Pluvieux, averse.
3	754,99	18,1	21,7	9,89	80.	Assez-beau; incertain le soir.
4	748,57	21,4	23,7	11,0	880-80-880.	Variable, pluie.
5	751,74	17,3	21,8	12,1	80-080.	Variable, pluie.
6	753,90	16,3	19,6	9,0	80.	Assez beau mais incertain.
7	751,60	17,8	21,0	13,6	80.	Pluie.
8	751,78	16,9	20,6	10,9	80-080.	Nuageux, incertain; pluie l'après-midi, beau le soir.
9	753,53	16,4	21,3	10,9	080-80-880.	Beau le matin, averse l'après-midi, incertain le soir.
10	755,35	17,8	21,2	12,3	80.	Variable; averse le soir.
11	755,98	16,3	21,4	11,8	080.	Assez beau mais incertain; le soir pluie.
12	753,88	17,5	20,2	11,6	080.	Nuageux, assez beau.
13	753,71	14,7	20,2	13,0	080-0.	Bonne, pluie le matin.
14	753,14	15,2	19,5	11,3	80.	Nuageux, assez beau.
15	753,30	16,3	21,3	13,0	80-080-880.	Nuageux; assez beau le soir.
16	760,74	16,9	23,1	14,8	880.	Beau le matin, se couvre le soir.
17	761,01	18,4	22,6	13,9	0.	Beau.
18	758,68	16,8	22,7	14,1	80.	Très-beau; soirée superbe.
19	759,39	20,3	22,7	12,8	80-080.	Belle et chaude journée.
20	760,53	22,6	27,6	14,9	080-080.	Belle et chaude journée.
21	761,72	26,2	28,6	18,3	080.	Superbe, très-chaud.
22	764,01	22,2	29,6	16,3	080.	Superbe, très-chaud.
23	762,43	21,6	30,8	18,1	NE.	Superbe, très-chaud.
24	760,39	24,8	30,7	18,8	NE-080.	Superbe, très-chaud.
25	758,03	25,6	32,8	20,3	080-NE.	Couvert le matin, beau le soir.
26	759,60	20,7	31,5	18,8	NE-E-NE.	Pluie douce; se découvre le soir.
27	759,06	15,1	21,4	14,6	E-NE.	Très-beau.
28	761,86	17,5	21,4	13,6	NE-E-NE.	Superbe.
29	763,41	17,1	22,1	10,3	ESE-SSE-880.	Très-beau; pluie la nuit.
30	760,00	20,0	23,7	12,2	SSO-80.	Pluvieux le matin, assez beau le soir.
31	753,34	19,4	27,0	16,1	F, 78	

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TREIZIÈME VOLUME.

A

ACADÉMIE. — Commissions nommées par l'Académie, 278. — Communications du Gouvernement, 65, 273, 317, 459, 495. — Communications scientifiques, 274, 317, 456. — Correspondance, 3, 65, 227, 274, 317, 459, 595, 576. — Election de membres correspondants régnicoles, 111. — Election de deux membres titulaires, 320. — Motions d'ordre, 50, 229, 278. — Ouvrages présentés, 51, 224, 272, 437, 495, 573, 613. — Propositions, 576. — Séances académiques : date de ces séances, 29 octobre 1853, 1; 26 novembre, 65; 31 décembre, 227; 4, 11, 12 et 26 février, 1^{er} et 8 avril 1854, 273; 27 mai, 517; 27 juin, 450; 29 juillet, 495; 30 septembre, 576.

AMPUTATIONS ET RÉSECTIONS OSSUEUSES. — Rapport de la Commission chargée d'examiner les Mémoires envoyés au concours sur la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. — M. Marinus, rapporteur, 95.

ANUS ARTIFICIEL. — Réclamation de M. Didot, 1.

APPAREIL PLÂTRÉ. — Rapport sur les communications de MM. Mathijssen et Van de Loo, relatives à l'emploi chirurgical de l'appareil plâtré. — M. Didot, rapporteur, 328. — Discussion de ce rapport, 584.

APPAREIL OUATÉ. — Des appareils ouatés à propos des appareils plâtrés et de leurs usages, par M. Burggraeve, 497.

ARTHRITES CHRONIQUES (Mémoire sur les positions spéciales des membres dans les), par M. Crocq, 460.

ARSENIC. — Note sur l'effet de l'acide arsénieux dans le traitement de la cachexie paludéenne, par M. Decaisne, 594.

B

BRYAN, 478.

BLENNORRAGIE (Rapport de M. Gouzée, sur une communication de M. Démétrius Dallas, relative au traitement rationnel de la), 478. — Discussion sur cette communication, 482.

BRIBOSIA fils, 419 et 446.

BURGGRÆVE, 497.

C

CHANDELON (nommé membre titulaire), 320.

CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE. — Un mot sur le choléra qui règne en Russie, par M. Everard, 201. — Mémoire sur le choléra, par M. Graux, 237. — Rapport de M. Raikem sur ce travail, 473.

CHLORURE MERCUREUX. — Note sur ses variétés employées en médecine, par M. Depaire, 220.

CONCOURS. — Rapports sur les Mémoires envoyés au concours, 66, 95 et 321.

CROUP. — Rapport de M. Lombard, sur une communication de M. Bribosia fils, relative à un cas de croup chez un adulte, 419. — Observation de croup chez un adulte, suivi de trachéotomie et de guérison, par M. Bribosia fils, 446.

D

DAVREUX (nommé membre titulaire), 320.

DECAISNE, 7, 53, 62.

DECHANGE, 577.

DÉMÉTRIUS DALLAS, 478.

DENTS. — Rapport de M. Hairion sur un mémoire relatif aux dents œillères, communiqué par M. Decaisne, 7. — Mémoire sur les dents œillères, par M. Decaisne, 53. — Rapport de M. Marinus sur un mémoire de M. Lefèvre, relatif à la chirurgie dentaire considérée au point de vue médico-légal, 476.

— DEPAIRE, 220.

DIDOT, 328.

E

EVERARD, 201.

Eaux gazeuses (Mémoires sur les) et de sources minérales, considérées au point de vue de la physiologie, de la thérapeutique et de l'économie domestique, par M. Fourcault. — M. Lombard, rapporteur, 471.

F

FALLOT, 3.

FINESCHI, 3.

FOURCAULT, 471.

G

GAUDY, 166.

GALE. — De la suppression des salles des galeux dans les hôpitaux militaires, par M. Vleminckx, 229.

GANGRÈNES SPONTANÉES (Suite de la discussion sur les), 529, 580.

GOUZÉE, 478.

H

HAIRION, 7.

HELMINTHASE (Note sur un cas remarquable d'), par M. Van Coetsem, 21.

HEUSE (nommé membre correspondant), 111.

HUSSON (nommé membre correspondant), 111.

I

IODURE DE POTASSIUM dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts (Rapport de M. Hairion sur un mémoire de M. Decaisne, relatif à l'emploi de l'), 7. — Mémoire de M. Decaisne sur ce sujet, 62.

I.

LÉGISLATION MÉDICALE. — Rapport de la commission de législation sur l'avant-projet relatif à l'organisation sanitaire et à l'exercice de l'art de guérir. — M. Mareska, rapporteur, 379. — Projet de loi adopté par l'Académie, 310. — Vote définitif sur ce projet de loi, 328.

LEFÈVRE, 476.

LEROY-D'ÉTIOLLES, 180, 596.

LOMBARD, 419, 471.

M

MARESKA, 379.

MARINUS, 95, 476, 577.

MASCART, 321.

MATHIEU, 199.

MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE (Rapport de M. Fallot sur un mémoire de M. le Dr Finneschi, relatif à la), 3.

O

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES recueillies à l'Observatoire royal de Bruxelles, 52, 226, 272, 316, 442, 445, 444, 445, 615 et 616.

OUVRAGES présentés à l'Académie, 51, 224, 272, 437, 493, 573 et 613.

PARALYSIE du nerf moteur oculaire externe, communication de M. Beyran. — Rapport de M. Gouzée, 478.

P

PÉRINÉE (Restauration du) chez la femme, à la suite d'une rupture complète ancienne de cette partie, par M. Verhaeghe, 44.

PINCE ŒSOPHAGIENNE à courbure mobile, inventée par M. Dechange. — Rapport de M. Marinus, 577.

PLEUROPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE. — Rapport de la commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur la question relative à la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines. — M. Gaudy, rapporteur, 66. — Discussion sur le travail de M. Didot, relative à la pleuropneumonie épizootique, 111.

R

RAIKEN, 475.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE (Méthode éclectique et rationnelle de traitement des), par M. Leroy-d'Étiolles, 596.

S

SPECULUM garni (Rapport de M. Marinus sur un nouveau), présenté par M. Dechange, 577.

T

THIAY (nommé membre correspondant), 111.

TRANSFUSION du sang (Appareil de M. Mathieu pour la), 199.

TUMEURS. — Rapport de la Commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur la question relative à l'histoire chirurgicale des tumeurs. — M. Mascart, rapporteur, 321.

V

VAN COETSEN, 21.

VANDEN BROECK fils (nommé membre correspondant), 111.

VERHAEGHE, 44.

VERHEYEN, 229.

VESSIE (Sur les moyens d'extraire de la), les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris, par M. Leroy-d'Étiolles, 180.

VLEMINCKX, 229.

W

WARLDMONT (nommé membre correspondant), M. 111.



